

**45 ACCOUCHEMENTS
PAR LES VOIES NATURELLES
CHEZ DES FEMMES AYANT SUBI
UNE CESARIENNE ANTERIEURE**

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 4 JUILLET 1963

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Claudette ROCHER

Née le 29 Septembre 1935 à LYON (Rhône)



IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS
CAMILLE ANNEQUIN, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON

1963

QUARANTE-CINQ ACCOUCHEMENTS
PAR LES VOIES NATURELLES
CHEZ DES FEMMES
AYANT SUBI UNE CÉSARIENNE ANTÉRIEURE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen Honoraire	MM. J. LÉPINE
Doyen	H. HERMANN
Assesseur	M. LEVRAT
Assesseur	L. REVOL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LÉPINE, TRILLAT, MOURIQUAND
MAZEL, GARIN, GATÉ, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET

PROFESSEURS

Physiologie A	MM. HERMANN
Clinique urologique	CIBERT
Physique biologique	PONTHUS (détaché à Beyrouth)
Clinique neuro-psychiatrique et Hygiène mentale	DECHAUME
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	CHAMBON
Clinique chirurgicale B	WERTHEIMER
Clinique médicale B	PAUPERT-RAVAULT
Clinique et Prophylaxie cardio-vasculaires	FROMENT
Clinique médicale C	CROIZAT
Chimie biologique et médicale	ENSELME
Clinique chirurgicale A	MALLET-GUY
Pharmacie galénique et matière médicale	REVOL
Clinique gynécologique	POLLOSSON
Clinique obstétricale	PIGEAUD
Médecine du Travail	BOURRET
Clinique médicale A	LEVRAT
Hygiène et Action sanitaire et sociale	SOHIER
Clinique médicale infantile et Hygiène du premier âge	BERNHEIM
Biologie médicale et pharmacodynamie	JOURDAN
Botanique et cryptogamie	NETIEN
Clinique chirurgicale C	BERTRAND
Chimie analytique pharmaceutique	BADINAND
Pharmacie chimique et pharmacologie	DREVON
Médecine légale et déontologie	ROCHE
Parasitologie et Pathologie exotique	COUDERT
Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie	MOUNIER-KUHN
Clinique ophtalmologique	PAUFIQUE
Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie	THIERS
Clinique de pneumo-phtisiologie	BRUN
Clinique traumatologique des membres	J. CREYSSEL
Cancérologie	DARGENT
Anatomie pathologique	GUICHARD
Pathologie générale et expérimentale	P. GIRARD
Anatomie	LATARJET
Pathologie chirurgicale	PEYCELON
Thérapeutique	M. GIRARD
Pathologie médicale	VACHON
Physio-pathologie des voies respiratoires	GALY
Radiologie	PAPILLON
Clinique des maladies infectieuses	JEUNE
Hydrologie thérapeutique, Climatologie et Ecologie sociale	GONIN
Bactériologie	MONNET
Physiologie et pathologie obstétricales	BANSSILLON
Physiologie B	CHATONNET
Clinique des maladies endocrinologiques	GUINET
Clinique de Chirurgie orthopédique	TRILLAT
Clinique de Chirurgie et d'Orthopédie infantiles	J. MARION
Clinique de Stomatologie	FREIDEL
Matière médicale et législation pharmaceutique	DORCHE
Histologie et Embryologie	X...

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine.....	MM. BERGER
Physiologie	J.-F. CIER
Bactériologie	A. BERTOYE
Chirurgie générale	MANSUY

Professeurs en surnombre :

Pédiatrie et Puériculture	MM. SARROUY
Climatologie	LACROIX
Thérapeutique chirurgicale	GOINARD
Propédeutique chirurgicale	LIARAS
Chimie pharmaceutique	COLLET

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Parasitologie	MM. ROMAN
Pharmacie chimique et Pharmacologie	A. CIER
Chimie organique et Toxicologie	PERROT
Anatomie pathologique.....	FEROLDI
Histologie	DUMONT
Physique	MORET

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Neuro-chirurgie	MM. LECUIRE	Stomatologie	MM. de MOURGUES
Médecine générale	L. REVOL	Anatomie	DUROUX
Chimie biologique	R. CREYSEL	Anatomie	BOUCHET
Hygiène	THIVOLET	Thérapeutique	BRETTE
Parasitologie	GARIN	Anatomie pathologique	TOMMASI
Médecine du Travail	TOLOT	Hygiène	RIFFAT
Electro-radiologie	PINET	Pathologie expérimentale	JOUVET
Médecine générale	DESPIERRES	Hématologie	FAVRE-GILLY
Botanique et cryptogamie	ODDOUX	Histologie et embryologie	GIROD
Chimie analytique	De SOLLIERS	Chimie analytique	MALLEIN
Médecine générale et thérapeutique	LEJEUNE	Chimie biologique	GRAS
Chirurgie générale	REBOUILLAT	Physique biologique	PEYRIN
Electro-radiologie	BUFFARD	Bactériologie	VIALIER-RAYNARD
Maladies infectieuses	NAUSSAC	Biologie médicale et pharmacodynamie	FAUCON
Pédiatrie	ROMAGNY	Physiologie	FLANDROIS

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Médecine générale	M. PONT	Médecine légale	COLIN
Médecine générale	G. VIGNON	Neuro-psychiatrie	J. GUYOTAT
Médecine générale	PLAUCHU	Neuro-psychiatrie	B. SCHOTT
Médecine générale	TRAEGER	Obstétrique	DUMONT
Chirurgie générale	P. MARION	Ophthalmologie	BONAMOUR
Chirurgie générale	MICHAUD	Urologie	L. DURAND
Chirurgie générale	JACBERT de BRACQUE	Médecine générale	A. GARDE
Chirurgie générale	J. SAUTOT	Médecine générale	A. PERRIN
Chirurgie générale	G. GUILLEMIN	Médecine générale	F. LARBRE
Obstétrique	BURTHIAULT	Médecine générale	R. MORNEX
Oto-rhino-laryngologie	GIGNOUX	Médecine générale	J. NORMAND
Pédiatrie	R. FRANCOIS	Chirurgie générale	G. MARET
Médecine générale	M. DEVIC	Chirurgie générale	J. DESCOTES
Chirurgie générale	De MOURGUES	Electro-radiologie	J.-L. CHASSARD
Chirurgie générale	FRANCILLON	Neuro-chirurgie	G. ALLEGRE
Chirurgie générale	SAUBIER	Ophthalmologie	R. HUGONNIER
Dermatologie et Syphiligraphie	COLOMB	Orthopédie	R. FAYSE
Médecine générale	FRIES	Oto-rhino-laryngologie	J. GAILLARD
Médecine générale	LAMBERT	Pneumo-phthisiologie	J.-C. KALB
Médecine générale	G. NOEL	Obstétrique	GARMIER
Médecine générale	ROBERT	Pédiatrie et puériculture	BETHENOD
Chirurgie générale	MICHOULIER	Orthopédie	SCHNEPP
		Stomatologie	DUMAS

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PIGEAUD, Président ; MAGNIN, BURTHIAULT, NOTTER, Assesseurs

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

**45 ACCOUCHEMENTS
PAR LES VOIES NATURELLES
CHEZ DES FEMMES AYANT SUBI
UNE CESARIENNE ANTERIEURE**

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 4 JUILLET 1963

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Claudette ROCHER

Née le 29 Septembre 1935 à LYON (Rhône)



IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS
CAMILLE ANNEQUIN, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON

1963

ÉCOLE DE MÉDECINE DE LYON

AS ACCOUCHEMENT
PAR LES VOIES NATURELLES
CHEZ DES FEMMES AYANT SUBI
UNE CÉSARIENNE ANTÉRIEURE



A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
PAR M. LE DOCTEUR J. L. LAFITE
MÉDECIN-CHIEF DE LA CLINIQUE DE GYNÉCOLOGIE

CHANDOS ROCHER

A MA GRAND-MÈRE

C'est avec émotion que je pense à sa compréhension et à sa bonté.

A MES PARENTS

Bien modeste témoignage de ma profonde affection et de mon infinie reconnaissance pour tant d'amour et de sacrifices.

Je leur dédie cette Thèse.

A MON ONCLE

le Docteur DEFFARGES et à sa femme

Pour l'exemple qu'ils m'ont donné.

A TOUS LES MIENS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur H. PIGEAUD

Professeur de Clinique Obstétricale

La sympathie dont il nous a honorée a rendu spécialement attachants les deux Semestres que nous avons passés dans son Service comme Externe et nous en gardons un souvenir nostalgique.

Nous admirons la perfection de son Enseignement Clinique, aussi savant que souriant, son remarquable sens de l'organisation, sa bienveillance qu'il essaie en vain de masquer par des boutades.

Il nous fait l'honneur de bien vouloir présider notre Thèse.

Nous le prions d'accepter le témoignage de notre profonde gratitude et de notre respectueux dévouement.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Agrégé P. MAGNIN

Il nous a fait l'honneur de s'intéresser à notre travail et d'accepter de le juger.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre respectueuse gratitude.

Monsieur le Professeur Agrégé R. BURTHIAULT

A la Faculté nous avons suivi son enseignement avec intérêt.

Au cours des rares instants passés avec lui dans le Service, nous avons pu apprécier la limpidité de ses exposés, sa calme et souriante bienveillance.

Qu'il veuille bien accepter notre profonde reconnaissance et nos remerciements très sincères pour sa participation à notre Jury.

Monsieur le Professeur Agrégé A. NOTTER

Nous avons été sensible au bon accueil qu'il nous a réservé.

Nous sommes très heureuse de le compter parmi nos Juges et l'assurons de notre grande reconnaissance.

Au Docteur S. NELKEN

Il s'est montré un guide précieux et patient.

Nous sommes sensible à son affabilité souriante et à la bienveillance qu'il nous a toujours manifestée.

Qu'il soit assuré de notre vive reconnaissance.

A Messieurs les Assistants et Chefs de Clinique
de la Clinique Obstétricale

Les Docteurs CHARVET, NEUMANN
REBOUL D'AUBIGNY et DUMAS

En remerciement de la sympathie qu'ils nous
ont toujours manifestée.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux

Monsieur le Professeur POLLOSSON (2 semestres)

Monsieur le Professeur J. CREYSSEL

Monsieur le Professeur JEUNE

Monsieur le Professeur PIGEAUD (2 semestres)

A nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Lyon

A nos Maîtres du Diplôme de Gynécologie Médicale

Monsieur le Professeur POLLOSSON

Professeur de Clinique Gynécologique

Nous avons eu l'honneur d'être son Externe pendant un'an.

Son Enseignement empreint d'esprit et d'humour nous a laissée sous le charme.

Qu'il veuille bien trouver ici l'assurance de notre profond respect.

Monsieur le Professeur PIGEAUD

Professeur de Clinique Obstétricale

A Messieurs les Assistants et Chefs de Clinique
de la Clinique Gynécologique

le Docteur Y. ROCHET, Chirurgien des Hôpitaux

les Docteurs COURTIEU, GOBY, COGNAT, ROCHEFRETTE

les Docteurs MIKAËLIAN, HAOUR

les Docteurs CAILLOT, LAURAS, GARNIER, CONTI

Ils nous guident dans nos premiers pas de gynécologue, avec bonté et patience.

Aux Docteurs W. et V. BRUNAT
et à leurs enfants

En toutes circonstances, j'ai pu trouver auprès
d'eux le réconfort et l'amitié.

Aux Docteurs L. et M.C. CHARREYRON

Pour leur charmante hospitalité et leur appui
si amical.

A mes Amis

A mes Camarades d'Externat
et du Diplôme d'Obstétrique et de Gynécologie

INTRODUCTION

Le problème posé par les accouchements par voie basse après Césarienne antérieure est de plus en plus actuel, car les indications de Césarienne se sont élargies grâce à la sécurité donnée par l'incision sur le Segment Inférieur et l'apparition des antibiotiques.

On tient aussi davantage compte des risques courus par le fœtus d'anoxie au cours des accouchements laborieux. C'est à tel point que la fréquence moyenne des Césariennes atteint 2 à 3 % des accouchements dans la plupart des maternités.

Parallèlement à cet élargissement des indications, augmente rapidement le nombre des femmes présentant grossesses et accouchements consécutifs à une Césarienne.

On élimine d'emblée les indications permanentes de Césarienne ainsi que les Césariennes corporéales antérieures : il convient alors de pratiquer une Césarienne itérative, étant donnée la fragilité de la cicatrice. D'ailleurs, actuellement, nous ne voyons pratiquement pas de femmes ayant subi une Césarienne corporéale.

Nous nous en tiendrons donc aux grossesses après Césarienne segmentaire pratiquée pour une indication accidentelle.

Malgré la nette amélioration des résultats de la Césarienne, il convient de ne pas faire montre d'un trop grand optimisme. Les femmes césarisées antérieurement ne sont pas à l'abri de tout danger. Leur surveillance doit être rigoureuse, et l'on doit avoir constamment présente à l'esprit l'éventualité d'une rupture ou d'une déhiscence utérines.

C'est pourquoi, bien que l'adage « Once a Cesarean section, always a Cesarean section » ne soit plus de mise actuellement, nous pouvons dire avec CHAISTRUSSE qu'« une Césarienne même basse engage l'avenir », et qu'il convient de réfléchir avant d'en poser l'indication.

Nous avons recueilli, sur la période s'étendant de 1952 à 1956, 43 observations de femmes césarisées antérieurement et ayant accouché normalement dans le Service par les voies naturelles. Deux de ces femmes ont d'ailleurs accouché spontanément à deux reprises. L'ensemble donne un total de 45 cas qui constitue l'objet de notre travail.

OBSERVATIONS

Les observations rapportées sont au nombre de 43.

Elles concernent 45 accouchements, deux femmes ayant accouché deux fois après leur Césarienne.

Elles sont citées par ordre chronologique.

OBSERVATION N° 1

Mme F..., 22 ans. III G. N° 2.458. 21.12.52.

A.O. : 1949 : **Césarienne** (Allemagne) pour bassin rétréci, présent, épaule.

1951 : Forceps : enfant vivant, 3.100 gr en B.S.

Grossesse actuelle :

D.R. le 30 Mars - A.P. le 10 Janvier.

Radio : P.P.M. : 10,5

T.M. : 12

bassin T.R.

Accouchement le 21.12 :

Dilatation : 6 h 15

6 h 30.

Expulsion : 15 mn

Analgésie : infiltration lombaire, trilène.

Dégagement en O.P. Périnée intact.

Garçon de 2.850 gr qui crie immédiatement.

Délivrance normale : 550 gr.

Suites simples.

OBSERVATION N° 2

Mme M..., 25 ans. IV P. N° 2.481. 24.12.52.

A.O. : Siège : grande extraction, Accouchement à 8 mois. Enfant vivant de 2.750 gr.

Césarienne : enfant vivant de 3.000 gr (cause inconnue).

Siège : enfant vivant de 3.020 gr.

Grossesse actuelle :

D.R. le 19 Mars - A.P. le 29 Décembre.

Accouchement le 24.12 :

Dilatation : 2 h 30

2 h 35

Expulsion : 5 mn

Rupture spontanée des membranes.
Analgésie : nargénol.
Dégagement en O.P. Périnée intact. Circulaire serré.
Garçon de 3.300 gr vigoureux.
Délivrance normale. 620 gr.
Suites simples.

OBSERVATION N° 3

Mme M..., 36 ans II G. N° 451. 4.3.53.
A.O. : **Césarienne** à Jallieu, sans épreuve du travail (sans doute segmontocorporéale : Dr MARION).
Enfant vivant de 3.900 gr.

Grossesse actuelle :

D.R. le 26 Mai - A.P. le 3 mars
Radio : P.P.M. > 11
T.M. > 12

Accouchement le 4 Mars 1953 :

Dilatation : 12 h 30. Rupture artificielle des membranes à 7 cm.
Analgésie : spasmalgine, dolosal, phénergan, trilène.
Forceps 30 mn plus tard, pour surmenage maternel et arrêt de la progression.
Enfant de 3.400 gr vigoureux. Périnée intact.
Méthergin IV au dégagement de l'épaule.
Délivrance normale 650 gr.
Suites simples.

OBSERVATION N° 4

Mme G..., 25 ans. II G. N° 528. Mars 1953.
A.O. : 1948 : **Césarienne** après travail de 36 heures. Enfant de 4.000 gr en B.S.

Grossesse actuelle :

D.R. le 15 Mai - A.P. le 25 Février.
Bassin légèrement aplati et légèrement asymétrique du fait d'une petite scoliose lombaire à concavité gauche. P.P.M. : 10
T.M. : 12

Accouchement :

Malade arrivée à dilatation complète.
Epreuve du travail prudente.
Forceps pour arrêt de la progression.
Fille de 3.500 gr vigoureuse. Périnée intact.
Délivrance normale après méthergin I.V. : 660 gr.
Suites simples.

OBSERVATION N° 5

Mme N..., 30 ans. II G. N° 980. 24.5.53.

A.O. : 1952 : **Césarienne** pour présentation du front. Crise d'asthme après l'opération. Enfant en B.S.

Grossesse actuelle :

Bassin sensiblement normal. Terme dépassé de 15 jours. Quinine. Epreuve du travail.

Accouchement le 24.5 :

Malade arrivée à dilatation complète.

R.A.M. : liquide méconial.

Dilatation : 4 h.

Forceps après 3/4 d'heure pour hypertonie utérine et souffrance fœtale. Extraction rapide d'un enfant de 3.300 gr qui respire rapidement.

Délivrance normale. 780 gr.

Suites simples.

OBSERVATION N° 6

Mme V..., 27 ans. V G. N° 1.109. 8.6.53.

A.P. : A.I. Rh+. R.A.S.

A.O. : 2 A.S.A.T. : enfants morts-nés (mort in utéro 2 jour avant terme).

2 Césariennes à St-Etienne, à titre prophylactiques à 8 mois 1/2 ; 1 fille de 3.300 et 1 garçon de 2.890 gr, sans ictère précoce, s'élevant bien. Pas de notion de transfusions antérieures.

Accouchement le 9.6. :

La malade rentre le 5.6 dans le Service (jour de son terme) : aucune douleur, quelques pertes rouges sans P.P. Enfant petit, B.C. +. On décide de tenter une courte épreuve du travail et de laisser l'accouchement se faire par les voies naturelles si la tête se fixe bien.

P.P.M. : 11 - T.M. : 12,5 - Bassin parfaitement normal.

Le 8.6. : tête amorcée : B.C. : 0.

Dilatation : 12 h 10

Expulsion : 20 mn. 12 h 30.

Rupture spontanée des membranes.

A.S.A.T., dégagement en O.P., périnée intact.

Enfant macéré de 3.100 gr.

Délivrance normale :

1/5 du placenta est épaissi et dur, donnant l'impression d'être tassé par un caillot situé exactement sur le bord. Zones blanches bien visibles sur la face fœtale.

Vérification : pas de lésions viscérales visibles. Macération avancée.

OBSERVATION N° 7

Mme B..., 24 ans. II G. N° 1.411. 19.7.53.

A.O. : 1949 : Césarienne à Givors : garçon de 4.850 gr.

Grossesse actuelle :

Normale : P.P.M. : 11

P.M. : 13

Accouchement le 19.7. :

Rupture artificielle des membranes à 5 cm.

Dilatation : 22 h.

Forceps à la vulve. L'enfant crie aussitôt.

Analésie : dolosal, largactil, nargénol, spasmalgine, infiltration lombaire à la xylocaïne.

Fille de 3.300 gr, vigoureuse.

Délivrance normale. 600 gr.

Suites simples.

OBSERVATION N° 8

Mme L..., 25 ans. III G. N° 1.977. 7.10.53.

A.O. : Accouchement avec forceps : enfant de 4.700 gr. Mort 3^e jours après.

Césarienne à Avignon (épaule?) : enfant de 4.200 gr en B.S.

Grossesse actuelle :

P.P.M. : 11

T.M. : > 12 bassin normal, cependant lésion du sacrum.

Traitement d'une exocervicite (négatif).

Pendant la grossesse, quelques hémorragies faisant redouter une insertion basse du placenta.

Présentation de l'épaule réductible.

Décision d'**épreuve du travail** peu poussée après vérification de la présentation.

Accouchement le 7.10 :

Présentation du sommet. Tête mobile à l'arrivée.

Dilatation : 12 h

Expulsion : 50 mn 12 h 50

Analésie : ocyto-nargénol, infiltration périnéale.

Petite dystocie des épaules.

Garçon de 4.200 gr qui crie aussitôt.

Méthergin IV à l'épaule antérieure. Délivrance normale.

Suites simples.

OBSERVATION N° 9

Mme R..., 25 ans. N° 2.031. II G. 7.10.53.

A.P. : Pleurésie à 21 ans. P.N.O. gauche en juillet 1950 actuellement insufflé tous les 15 jours.

A.O. : **Césarienne** antérieure à terme pour présentation irréductible de l'épaule. Enfant de 3.500 gr en B.S.

Grossesse actuelle :

D.R. le 18 Décembre - A.P. le 28 septembre.

Accouchement le 14.10 :

Dilatation : 12 h 30.

Analgesie : dolosal, largactil, spasmalgine, nargénol, infiltration lombaire.

Forceps 1 h plus tard, pour arrêt de la progression et état de la mère.

Extraction d'une fille de 3.100 gr qui crie aussitôt.

Délivrance normal : 600 gr.

Suites simples. Le 16.10, réinsufflation du P.N.O. de la mère.

OBSERVATION N° 9 bis

Mme R..., 27 ans. III G. N° 1.526. 15.7.55.

A.P. : Tuberculose pulmonaire cicatricielle.

A.O. : 1952 : **Césarienne pour épaule** : fille 3.450 gr en B.S.

1953 : Forceps : fille de 3.000 gr en B.S.

Grossesse actuelle :

D.R. le 10 Octobre - A.P. le 20 Juillet.

Accouchement le 15.7 :

Dilatation : 14 heures

Expulsion : 15 mn 14 h 15

Analgesie : ocytonargénol

Garçon de 2.900 gr en B.S.

Délivrance : R.A.S.

Suites simples.

OBSERVATION N° 10

Mme B..., 40 ans. II G. N° 2.131. 29.10.61.

A.P. : Epiphysite de la colonne.

Ganglion bacillaire à l'aîne droite (P.A.S.-strepto, pénicilline).

Fibrome opéré en 1948.

+ myomectomie au cours de la césarienne.

A.O. : 1951 : **Césarienne** prophylactique à terme pour fibrome prævia : fille vivante de 3.500 gr. P.S.

Grossesse actuelle :

D.R. le 29 Janvier - A.P. le 9 Novembre

Epreuve utérine décidée.

Présentation du siège : version le 1.10.53.

Accouchement le 29.10 :

Dilatation : 9 h.

Analgesie : dolosal, largactil, nargénol, spasmalgine.

Forceps pour fragilité utérine.

Extraction d'une fille de 3.300 gr qui crie aussitôt.

Délivrance normale. 770 gr.

Suites simples.

OBSERVATION N° 11

Mme F..., 40 ans. III G. N° 2.191. 7.11.53.

A.P. : A 4 ans, méningite → surdimutité.

A.O. : 1 A.S.A.T. : enfant de 3.000 gr en B.S.

Césarienne pour bassin rétréci : enfant de 3.400 gr en B.S.

Grossesse actuelle :

D.R. le 28 Janvier - A.P. le 7 Novembre.

Bassin T.R. et G.R. P.P.M. : 9,6

T.M. : 10

Epreuve du travail.

Accouchement le 7.11 :

Dilatation : 11 h 15

Expulsion : 15 mn 11 h 30

Analgesie : largactil.

Fille de 3.300 gr qui crie immédiatement.

Délivrance normale. 600 gr. après méthergin I.M.

Suites simples.

OBSERVATION N° 12

Mme B..., 19 ans. II G. N° 2.432. 11.12.53.

A.P. : Néphropathie gravidique.

A.O. : **Césarienne** pour éclampsie : enfant vivant de 4.550 gr en B.S.

Grossesse actuelle :

D.R. le 18 février - A.P. le 28 Novembre.

Hospitalisée le 10.12.

Accouchement le 10.12 :

Dilatation : 20 h.

Analgesie : dolosal, largactil.

Forceps pour prophylaxie de rupture utérine sur un utérus césarisé, après 1/2 h d'efforts expulsifs, Episiotomie.

Extraction d'un garçon de 4.650 gr qui crie aussitôt.

Méthergin-Délivrance normale. 750 gr.

Suites simples.

OBSERVATION N° 13

Mme B..., 19 ans. II G. N° 153. 22.1.54.

A.O. : 1953 : **Césarienne** au 7^e mois pour placenta prævia. Enfant mort.

Grossesse actuelle :

D.R. : ? - A.P. : Janvier ?

Accouchement le 21.1.54 :

Dilatation : 17 h. R.A.M.

Expulsion : 15 mn 17 h. 15

Analgesie : dolosal, largactil, nargénol.

Garçon de 3.400 gr vigoureux.

Délivrance normale. 560 gr.

Suites simples.

OBSERVATION N° 14

A.O. : **Césarienne** à Nevers pour placenta prævia : garçon en B.S.

Garçon en B.S. Forceps.

Siège : fille en B.S.

Sommet : fille, en B.S. : 3.700 gr.

Grossesse actuelle :

N'a suivi aucune consultation.

Au toucher, on atteint le promontoire à 10,5 cm, l'arc antérieur paraît de rayon un peu réduit. Impression de bassin un peu G.R. mais se comportant bien au point de vue obstétrical puisque le dernier enfant pesait 3.700 gr et que l'accouchement a été simple.

Accouchement le 30.3.54 :

Dilatation : 10 h 30

11 h.

Expulsion : 30 mn

Siège complet. Petite extraction d'un garçon de 3.160 gr qui crie aussitôt.

Délivrance normale. 640 gr.

OBSERVATION N° 15

Mme S..., 27 ans. II G. N° 1.018. 17.5.54.

A.O. : 1951 : **Césarienne** pour bassin rétréci : fille de 3.300 gr. en B.S.

Grossesse actuelle :

D.R. le 23 Août - A.P. le 23 Juin.

Promontoire atteint à bout de doigt.

Bassin G.R. : P.P.M. < 10 cm Bassin A. et G.R., de 9,5 cm de D.U.

T.M. < 11 cm

Asymétrie légère par redressement de la ligne innominée droite, de cause inconnue. Articulation coxofémorale normale.

Les signes d'accommodation étant favorables, Epreuve du Travail.

Accouchement le 17.5 :

R.A.M.

Dilatation : 8 h 25

8 h 30.

Expulsion : 5 mn

Analgesie : ocytonargénol, spasmalgine, trilène.

Garçon de 2.960 gr vigoureux.

Délivrance normale de 700 gr.

Suites simples.

OBSERVATION N° 16

Mme U..., 26 ans. II G. N° 1.100. 26.5.54.

A.O. : 1947 : A.S.A.T. : fille de 3.800 gr en B.S.

1950 : **Césarienne** pour bassin rétréci : garçon de 4.150 gr.

Grossesse actuelle :

D.R. le 21 Août - A.P. le 10 Mai.

Bassin T.R. pur

P.P.M. < 10,5

T.M. < 11,2

Epreuve du travail.

Accouchement le 26.5 :

Analgésie : dolosal, largactil.

Forceps pour arrêt de la progression.

Extraction facile d'un garçon de 4.000 gr vigoureux.

Délivrance normale de 700 gr.

Suites simples.

OBSERVATION N° 16 bis

Mme V..., 27 ans. III G. N° 1.991. 13.9.55.

A.P. : 1951 : Coliques hépatiques. Pendant cette grossesse également.

A.O. : A.S.A.T. : fille vivante de 3.800 gr en B.S. (curetage dans les suites de couches).

Césarienne : pour bassin aplati. Garçon de 4.000 gr.

Forceps à terme : garçon de 4.000 gr en B.S.

Grossesse actuelle :

D.R. le 10 Décembre - A.P. le 20 Septembre.

Quelques traces d'albumine au 8^e mois.

Radio : P.P.M. < 10,5

T.M. < 11

Bassin aplati.

Epreuve du travail avec bon pronostic.

Accouchement le 13.8 :

Dilatation : 3 h 45

4 h.

Expulsion : 15 mn

Analgésie : dolosal, largactil.

Garçon de 3.000 gr vigoureux.

Délivrance : 540 gr R.A.S.

Suites :

Mère : 2 crises de coliques vésiculaires.

Enfant en bon état.

OBSERVATION N° 17

Mme C... 28 ans. III G. N° 1.231. 13.6.54.

A.P. : Infiltrat pulmonaire droit en 1952. Va bien.

A.O. : **Césarienne** pour crise d'éclampsie à 8 mois.

Forceps : enfant de 3.700 gr.

Grossesse actuelle :

D.R. le 28 Août - A.P. le 7 Juin.

R.A.S.

Accouchement le 13.6 :

Dilatation : 1 h 40

1 h 45.

Expulsion : 5 mn

Analgésie : ocytonargénol, trilène.

Fille de 3.060 gr qui crie immédiatement.

Délivrance normale : 700 gr.

Suites simples.

OBSERVATION N° 18

Mme B..., 39 ans. IX G. N° 1.289. 20.6.54.

A.P. : H.T.A. à 22 découverte après le 5^e accouchement. Stabilisée normalement autour de 15-16.

A.O. : 1942 : Accouchement à terme : forceps : enfant de 3.200 gr vivant.

Accouchement provoqué à 8 mois et 10 jours. Enfant de 2.300 gr

Accouchement : Enfant de 2.700 gr vivant.

Accouchement : Enfant mort à 10 mois (encéphalite).

Accouchement spontané à 8 mois : enfant mort in utéro.

Accouchement spontané à 8 mois : enfant mort in utéro.

Hauch : échec : **Césarienne** à 8 mois 1/2 : enfant de 3.640 gr vivant.

F.C. à 3 mois : curetage.

Grossesse actuelle : A.P. le 4 août.

Dès le début de la grossesse : T.A. à 17-18. Alb. : 0.

10.6 : Syndrome prééclampsique. Alb. : 10 gr. T.A. : 20. Traitement à Bourgoin.

18.6. : T.A. à 28 ; Alb. : 3 gr. Arrive dans le Service.

19.6. : 4 Largactil + 2 Eunoctal + 2 1/2 Serpasil.

20.6. : La malade entre en travail → accouchement. F.O. : rétinite albuminurique.

Accouchement prématuré non provoqué à 7 mois 1/2.

Analgsie : chloral, largactil.

Enfant vivant de 1.400 gr mort au 3^e jour. Autopsie négative.

Délivrance normale 430 gr. Pas de décollement. Zone de sclérose.

Sortie le 3.7 : état de la mère satisfaisant.

OBSERVATION N° 19

Mme J..., 24 ans. IV G. N° 1.686. 9.9.54.

A.O. : A.S.A.T. : enfant de 3.200 gr.

1949 : **Césarienne** pour présentation du front sur bassin aplati : enfant de 3.700 gr.

1952 : A.S.A.T. : enfant de 3.000 gr mort à 1 mois (méningite).

Grossesse actuelle :

D.R. en Octobre - A.P. le 1^{er} Août.

Sacrum suivi sur toute sa hauteur. Promontoire perçu à bout de doigt. Bassin **aplati** pur avec D.U. : 9.

Faux promontoires : S1-S2 et S2-S3.

Epreuve du travail de très bon pronostic.

Accouchement le 9.8. :

Dilatation : 15 h 50

16 h.

Expulsion : 10 mn

Analgésie : trilène, ocytonargénol.

Fille de 2.040 gr débile. Retard physique et psychique. Cécité?

Délivrance normale : 450 gr.

Suites simples.

OBSERVATION N° 20

Mme J..., 38 ans. IV G. N° 616. 23.3.55.

A.O. : Forceps : enfant vivant en B.S.

Césarienne : enfant vivant, mort à 5 mois.

Césarienne : enfant vivant en B.S.

(césariennes prophylactiques pour périnéoraphie.)

Grossesse actuelle :

D.R. le 15 Juin - A.P. le 25 Mars.

Après le premier accouchement, périnéoraphie difficile avec persistance d'une fistulette recto-vaginale. Au cours des deux grossesses suivantes, césariennes prophylactiques en raison de la périnéoraphie.

Bassin G.R. : D.U. : 9 cm.

Accouchement le 23.3 :

Dilatation : 8 h.

Forceps à la vulve après épisiotomie latérale, la malade arrivant au dernier moment dans le Service.

D.A. : il n'est pas possible de retrouver les cicatrices utérines antérieures.

Placenta : 520 gr.

Garçon de 3.000 gr vigoureux.

Suites simples.

OBSERVATION N° 21

Mme C..., 30 ans. II G. N° 871. 24.4.55.

A.P. : Adénites-coxalgie n'ayant laissé ni ankylose ni limitation des mouvements.

A.O. : 1951 : **Césarienne** après épreuve du travail. Garçon de 3.400 gr en B.S.

Grossesse actuelle :

D.R. le 29 Juin - A.P. le 9 Avril.

« Bassin sensiblement normal, légèrement aplati par un bourrelet rétro-symphysaire. P.P.M. : 10,4 - T.M. : 13 - Epreuve du travail avec bon pronostic. »

Rupture prématurée des membranes le 18-4 : liquide méconial. Le bassin étant normal, bien que la tête soit un peu haute, on attend le début du travail, qui commence le 23.4.

Accouchement le 24.4 :

Analgésie : spasalgine, infiltration lombaire.

Forceps pour arrêt de la progression + état maternel + souffrance fœtale.

Garçon de 3.800 gr en état de mort apparente, réanimé 10 mn.

Délivrance normale. 760 gr.

Suites simples.

OBSERVATION N° 22

Mme R..., 29 ans. II G. N° 927. 2.5.55.

A.P. : Luxation congénitale bilatérale des hanches opérée en 1952.

♦ 1950 : G.E.U. opérée par le Prof. MATHIEU.

A.O. : 1950 : **Césarienne** à terme dépassé sur bassin rétréci sans épreuve du travail. Garçon de 2.800 gr en B.S. Hémorragie de la délivrance.

Grossesse actuelle :

D.R. le 3 Août - A.P. le 13 Mai.

Radio : P.P.M. < 11 cm - T.M. < 11,4 cm. Faux promontoire S1-S2.

Redressement des lignes innominées et très forte antéversion pelvienne.

Sacralisation probable de L5.

« Il s'agit d'un bassin en très forte antéversion, mais dont les dimensions sont tout à fait acceptables. Il s'agit d'un bassin qui, du fait de l'existence d'un faux promontoire, est G.R., de plus de 9,5 cm de D.U. Epreuve du travail. »

Accouchement le 2.5 :

Dilatation : 5 h 30

Expulsion : 10 mn 5 h 40

Analgesie : largactil, dolosal, spasmalgine, infiltration lombaire.

Fille de 2.750 gr en B.S.

Délivrance normale. 550 gr.

Suites simples.

OBSERVATION N° 23.

Mme M..., 34 ans. III G. N° 955. 5.5.55.

A.O. : 1946 : A.S.A.T. : enfant de 3.300 gr en B.S.

1953 : **Césarienne** pour **Kyste Prævia**.

Grossesse actuelle :

Pyélonéphrite au 7^e mois.

Accouchement le 5.5 :

Dilatation : 8 h

Expulsion : 15 mn 8 h 15

Analgesie : ocytonaigénol, spasmalgine.

Fille de 3.500 gr en B.S.

Délivrance : 760 gr. R.A.S.

Suites simples.

OBSERVATION N° 24

Mme P..., 35 ans. II G. N° 1.019. 15.5.51.

A.O. : 1954 : **Césarienne** après épreuve du travail pour **Bassin rétréci**. Enfant de 3.650 gr. B.S.

Grossesse actuelle :

D.R. le 25 Juillet - A.P. le 9 Mai.

Radio : bassin transversalement rétréci.

P.P.M. : 10,5 cm.

T.M. < 11,2 cm.

On fera une épreuve du travail.

Accouchement le 15.5 :

Dilatation : 13 h

Expulsion : 15 mn 13 h 15

Analgesie : largactil, dolosal.

Fille de 2.900 gr vigoureuse.

Délivrance : 630 gr. R.A.S.

Suites simples.

OBSERVATION N° 25

Mme C..., 26 ans. III G. N° 1.247. 12.6.55.

A.P. : Utérus double.

A.O. : 1952 : **Césarienne** pour **utérus double** : garçon de 2.300 gr en B.S.

1953 : Accouchement prématuré à 6 mois : garçon de 700 gr.

Grossesse actuelle :

D.R. le 20 septembre - A.P. le 30 Juin.

Décision de césarienne pour utérus double et en raison des antécédents.

Accouchement le 12.6 : Prématuré + Siège.

Alors que l'hystérotomie est décidée pour présentation du siège et en raison des antécédents, un pied apparaît à la vulve (malade entrée au dernier moment).

Docteurs MAGNIN et REBOUL.

Sous A.G. : Section de la cloison vaginale avec résection après ligature.

Grande extraction du siège. Mauriceau.

Fille vivante de 2.800 gr.

Méthergin IV : délivrance spontanée immédiate.

R.U. : L'utérus gravide était le gauche.

L'utérus droit, avec son col ouvert à 2 doigts, contient une épaisse caduque qui est retirée, ce qui permet d'apprécier la solidité de la cicatrice de l'hystérotomie antérieure.

Suites simples.

OBSERVATION N° 26

Mme A..., 23 ans. II G. N° 1.333. 22.6.55.

A.O. : 1954 : **Césarienne** après **épreuve du travail**. Enfant de 3.500 gr en B.S.

Grossesse actuelle :

D.R. le 5 Septembre - A.P. le 15 Juin.

Accouchement le 22.6 :

Dilatation : 18 h 45.

Le 22.6 : Prof. PIGEAUD : après 12 h de travail, la tête paraît bien fixée mais est encore perceptible des deux côtés au-dessus du détroit supérieur.

Dilatation à 8 cm. Contractions faibles et espacées. Perfusion de post-hypophyse pendant une heure et demie et décision définitive.

Docteurs DUMONT et NELKEN : dilatation pratiquement complète. **Forceps** - D.A. - Trois points périnéaux. Fille de 3.220 gr vigoureuse.

Choc avec T.A. à 7, puis 5,5 sans signes d'hémorragies persistantes : un flacon de plasma + un de sang.

Suites simples.

OBSERVATION N° 27

Mme S..., 30 ans. VI G. N° 1.511. 13.7.55.

A.P. : Typhoïde.

Pneumothorax à 23 ans.

R.A.A. (hospitalisée 6 mois).

Groupe sanguin : Rh. (—)

A.O. : Polymortalité infantile : discordance Rh sans immunisation.

1944 : garçon mort-né à terme.

1950 : **Césarienne** à 7 mois et demi. Fille de 1.900 gr. en B.S.

1952 : fille mort-née à 6 mois et demi.

1953 : garçon mort-né à 7 mois et demi.

1954 : fille mort-née à 7 mois et demi.

Grossesse actuelle :

D.R. le 18 Octobre - A.P. le 28 juillet.

Traitée pendant toute sa grossesse en pathologie de la grossesse (J. XXX. p. 162).

Accouchement provoqué 15 jours avant terme.

Dilatation : 8 h 10

8 h 15.

Expulsion : 5 mn

Fille débile de 2.440 gr dont l'état est rapidement excellent.

Délivrance : R.A.S.

Suites simples.

OBSERVATION N° 28

Mme B..., 36 ans. II G. N° 1.562. 19.7.55.

A.O. : 1953 : Néphropathie gravidique (Alb. : 2 gr - T.A. : 17) avec décollement placentaire un mois avant terme : **Césarienne** à Roanne : fille de 2.750 gr morte.

Grossesse actuelle :

D.R. le 23 octobre - A.P. le 3 Août.

Albuminurie en cours de grossesse (Pathologie : registre XVII p. 252).

Accouchement le 19.7 :

R.A.M. à 11 h

Dilatation : 8 h 30

9 h.

Expulsion : 30 mn

Analgésie : Spasalgine-Trilène.

Déchirure simple : 1 crin.
Garçon de 3.380 gr vigoureux.
Délivrance normale : 600 gr.
Suites simples.

OBSERVATION N° 29

Mme L..., 29 ans. II G. N° 1.667. 3.8.55.
A.O. : 1953 : **Césarienne** à Mâcon : enfant mort au cours de l'intervention.
Grossesse actuelle :
D.R. le 19.10.54 - A.P. le 29.7.55.
Au 3^e mois : oreillons sans complications.
Visite chez le Prof. PIGEAUD au 8^e mois : « Bassin un peu aplati ; épreuve du travail ; césarienne prophylactique si rien ne s'est passé le 3 août »
Accouchement le 3.8.55 :
Dilatation : 10 heures. Spasmodique.
Forceps après 1/2 heure d'efforts : forceps simple après épisiotomie.
Fille de 3.300 gr vigoureuse.
Délivrance : R.A.S. 540 gr.
Suites simples.

OBSERVATION N° 30

Mme F..., 24 ans. IV G. N° 1.874. 28.8.55.
A.O. : 1952 : fille de 3.250 gr. A.S.A.T. en B.S. : pas d'ictère.
1953 : garçon de 3.500 gr. A.S.A.T. Mort au 3^e jour d'érythroblastose malgré une exsanguino-transfusion.
1954 : fille. **Césarienne** prophylactique à 8 mois suivie d'exsanguino-transfusion. Morte après 2 heures.
(Discordance Rh sans iso-immunisation).
Grossesse actuelle :
D.R. le 17 Novembre - A.P. le 27 Août.
Suit les consultations du Service et est suivie à la pathologie (registre XVII, p. 282).
Présence d'anticorps antiRh. à un taux inchangé les 9.5.55 et 15.6.55.
P.P.M. : 10,3
T.M. : 13 Bassin très légèrement aplati.
Accouchement le 28.8 :
Dilatation : 5 h 50
Expulsion : 10 mn 6 h.
Fille de 3.300 gr en-B.S. ARh.
Délivrance : R.A.S.
Suites simples.

OBSERVATION N° 31

Mme C..., 23 ans. II G. N° 2.381. 2.11.55.

A.O. : 1954 : Césarienne pour **présentation du front** : fille de 3.250 gr en B.S.

Grossesse actuelle :

D.R. le 25 Janvier - A.P. le 5 Novembre.

Radio : P.P.M. < 11

T.M. < 12,5 Bassin normal.

Détroit supérieur de forme arrondie et sacrum à 6 vertèbres.

Bon pronostic.

Accouchement le 2.11 :

Dilatation : 9 h 45.

Forceps simple après 15 mn d'efforts expulsifs.

Épisiotomie.

Analgesie : Dolosal.

Garçon de 3.100 gr vigoureux.

Méthergin I.M.

Délivrance simple : 570 gr.

Suites simples.

OBSERVATION N° 32

Mme S..., 25 ans. III G. N° 117. 16.1.56.

A.P. : T.A. habituelle à 15 d'après la malade.

K.O. droit.

A.O. : 1952 : **Césarienne** pour K.O. droit (La Réunion) : enfant de 2.600 gr en B.S.

1953 : A.S.A.T. d'un enfant de 3.500 gr en B.S.

Grossesse actuelle :

D.R. le 18 Avril - A.P. le 28 Janvier.

T.A. entre 15 et 16.

Excellent pronostic mécanique.

Accouchement le 16.1 :

Dilatation : 6 h

Expulsion : 5 mn 6 h 05.

Analgesie : Dolosal, Largactil, Ocytonargénol, Trilène.

Garçon de 3.650 gr vigoureux.

Délivrance normale : 600 gr.

Suites simples. T.A. à 12-14/7-8.

OBSERVATION N° 33

Mme M..., 34 ans. II G. N° 444. 25.2.56.

A.P. : nervosisme traité.

cystite.

ovariotomie gauche au 1^{er} mois de la première grossesse.

abcès du sein post-partum.

A.O. : 1947 : **Césarienne** basse pour **Bassin rétréci et siège décomplété irréductible** : enfant de 2.930 gr en B.S.

Grossesse actuelle :

D.R. le 5 mai - A.P. le 15 Février.

Radio : P.P.M. : 9,6

T.M. : 11,2

Bassin aplati et généralement rétréci avec légères déformations des lignes innominées, Epreuve du travail normale.

Accouchement le 25.2 :

Dilatation : 12 h 30.

Forceps après une heure pour arrêt de la progression.

Garçon vigoureux de 2.800 gr.

Délivrance : 700 gr. R.A.S.

Suites simples.

OBSERVATION N° 34

Mme D..., 25 ans. II G. N° 961. 30.4.56.

A.P. : 1955 : ablation de K.O. droit et appendicectomie.

A.O. : 1954 : **Césarienne** pour terme dépassé de 25 jours. Fille vivante de 4.650 gr en B.S.

Grossesse actuelle :

D.R. le 3 Juillet - A.P. le 13 Avril.

Radio : P.P.M. : 13

T.M. : 12,5

Accouchement le 30.4 :

Analgsie : Spasalgine, Buscopan, Spartéine, infiltration lombaire.

Forceps laborieux pour arrêt de la progression.

Episiotomie.

Garçon de 3.900 gr en état de mort apparente ; réanimation : 2 minutes.

Délivrance artificielle et révision utérine systématiques : R.A.S. 750 gr.

Suites simples.

OBSERVATION N° 35

Mme V..., 34 ans. II G. N° 1.324. 15.6.56.

A.P. : Appendicectomie.

Sciaticque opérée en 1940 (Spina bifida occulta).

A.O. : 1952 : **Césarienne** après épreuve du travail : enfant de 3.350 gr en B.S.

Grossesse actuelle :

D.R. le 17 Septembre - A.P. le 27 Juin.

Radio : P.P.M. : 10,5

T.M. : 11,5

Très forte antéversion pelvienne à corriger au moment de l'engagement.
Résistance des parties molles. Epreuve du travail avec pronostic réservé.

Accouchement le 15.6 :

Dilatation : 18 h 30

Expulsion : 30 mn 19 h.

Analgésie : Spasalgine, Chloral, infiltration lombaire.

Garçon de 2.650 gr en B.S.

Délivrance : 550 gr. R.A.S.

Révision utérine systématique : R.A.S., aucune trace de la cicatrice de la césarienne antérieure.

Déchirure de la paroi latérale D. du vagin : suture.

Suites simples.

OBSERVATION N° 36

Mme G..., 24 ans, III G. N° 1.422. 27.6.56.

A.H. : Grand-mère diabétique.

Père mort d'un ictus.

Mère morte d'une occlusion intestinale.

A.C. : Plusieurs morts-nés ou morts en bas-âge.

A.P. : 1952 : Ovariectomie droite.

A.O. : 1953 : Forceps à terme : fille de 4.200 gr morte en début de travail (grossesse mal supportée).

1953 : **Césarienne** (Toulon) : garçon vivant de 4.800 gr en B.S.

Grossesse actuelle :

D.R. le 23 Septembre - A.P. le 3 Juillet.

Hospitalisée 2 fois en Pathologie de la grossesse pour bilan - hyperglycémie provoquée (registre XVIII, p. 221).

Bassin sensiblement normal. Excavation profonde.

D.U. : 10,2 - T.M. : 13.

Hyperglycémie provoquée : état prédiabétique.

Décision à prendre en début de travail.

Accouchement le 27.6 :

Mort du fœtus in utero avant le début du travail. Dilatation : 9 h 30.

Forceps immédiat : liquide méconial et on croit entendre encore des B.C. irréguliers.

Hydramnios de 2 litres au moins.

Enfant macéré de 4.200 gr avec circulaire cervical très serré.

Révision utérine systématique : cicatrice utérine normale. Placenta normal.

Suites simples.

OBSERVATION N° 37

Mme P..., 28 ans, II G. N° 1.699. 31.7.56.

A.O. : 1953 : Césarienne pour bassin transversalement rétréci (H.E.H.) après épreuve du travail. Garçon vivant de 4.080 gr.

Grossesse actuelle :

D.R. le 15 Octobre - A.P. le 25 Juillet.

Traces d'albumine au 9^e mois. Alb. : 0 à l'accouchement.

Bassin transversalement rétréci : épreuve du travail.

Enfant semblant moins volumineux que le précédent.

Accouchement le 31.7 :

Dilatation : 16 h.

Forceps immédiat pour césarienne antérieure.

Extraction simple d'un garçon de 3.600 gr qui crie aussitôt.

Délivrance : R.A.S. 690 gr.

Suites simples.

OBSERVATION N° 38

Mme B..., 27 ans. N° 1.903. 27.8.56.

A.O. : 1952 : Césarienne pour Siège + Bassin étroit. Incision transversale du S.I. Enfant vivant de 3.180 gr. Phlébite pelvienne.

Grossesse actuelle :

D.R. le 20.11 - A.P. le 30.8.

Promontoire atteint à 10,5 cm.

P.P.M. : 9,5

T.M. : 12 Bassin aplati pur.

Epreuve du travail de bon pronostic mais peu prolongée.

Accouchement le 27.8 :

Dilatation : 13 h 30.

Forceps 15 mn plus tard pour indication maternelle.

Analgesie : Spasalgine, Chloral, Buscopan, Ocytonargénol.

Extraction après épisiotomie d'un garçon de 3.400 gr qui crie immédiatement. Paralyse du plexus brachial.

Délivrance : R.A.S. 590 gr.

Suites : bonnes pour la mère.

Enfant : va mieux, remue son bras ; il persiste seulement une parésie générale avec tendance à la pronation.

OBSERVATION N° 39

Mme M..., 29 ans. IV G. N° 1.982. 7.9.56.

A.P. : 1953 : Péritonite.

A.O. : 1951 : Forceps sur garçon de 3.500 gr qui meurt après 2 h. A la fin de cette grossesse, Alb. : 2 gr.

1954 : A.S.A.T. d'une fille de 2.400 gr en B.S.

1955 : **Césarienne** (pav. K) pour **bassin rétréci** : fille de 3.550 gr en B.S.

Grossesse actuelle :

D.R. le 5 Décembre 1955 - A.P. le 15 Septembre 1956.

Radio : A.P. < 9

T.M. < 10,75 Bassin généralement rétréci.

Epreuve du travail de courte durée à cause de la césarienne antérieure.

Accouchement le 7.9 :

Dilatation : 11 h 45.

Forceps dans l'excavation.

Fille de 3.300 gr respirant bien, mais criant 2 mn plus tard.

Délivrance : R.A.S.

Révision utérine systématique : paroi utérine mince sans rupture.

Suites simples.

OBSERVATION N° 40

Mme B..., 33 ans. VII G. N° 2.267. 17.10.56.

A.O. : 1949 : F.C. de 2 mois sans étiologie.

1950 : Forceps à terme : fille de 3.500 gr en B.S.

1953 : F.C. de 2 mois - Curetage.

1954 : F.C. de 2 mois 1/2 - Curetage.

1955 : **Césarienne** pour placenta prævia : fille de 2.800 gr en B.S.
(Dijon).

Grossesse actuelle :

D.R. en Février - A.P. le 10 Novembre.

Suivie dans le Service.

Menace de F.C. au 2^e mois.

Décision d'accouchement par les voies naturelles avec bon pronostic.

Accouchement le 17-10 :

Dilatation : 2 h 50

Expulsion : 5 mn. 2 h 55.

Fille de 3.840 gr vigoureuse.

Délivrance : R.A.S. 750 gr.

Suites simples.

OBSERVATION N° 41

Mme M..., 36 ans. IV G. N° 2.354. 29.10.56.

A.H. : Père mort de néphrite chronique.

Mère morte d'un cancer bronchique.

A.O. : 1946 : A.S.A.T. d'une fille de 3.300 gr en B.S.

1953 : **Césarienne** 8 jours avant terme pour K.O. prævia ; fille vivante de 2.950 gr en B.S.

1955 : A.S.A.T. d'une fille de 3.500 gr en B.S.

Grossesse actuelle :

D.R. le 20 Janvier - A.P. le 30 Octobre.

Accouchement le 29.10 :

Dilatation : 9 h 45

Expulsion : 15 mn 10 h.

Fille de 3.500 gr en B.S.

Délivrance : R.A.S. 600 gr.

Suites simples.

OBSERVATION N° 42

Mme V..., 23 ans. II G. N° 2.527. 21.11.56.

A.O. : 1954 : Césarienne à 10 mois pour position transversale ; fille de 5.000 gr (Barcelone).

Grossesse actuelle :

D.R. le 6 Février - A.P. le 16 Novembre.

Bassin cliniquement normal.

Radio : grand bassin D.U. > 12 cm.
 T.M. > 13 cm.

Bon pronostic.

Accouchement le 21.11 :

Dilatation : 12 h.

30 mn plus tard, forceps après épisiotomie, pour arrêt de la progression.

Fille de 3.800 gr vigoureuse.

Délivrance : R.A.S. 670 gr.

Révision utérine pour rétention de membranes et vérification de la cicatrice : cicatrice longitudinale régulière sans déhiscence.

Suites simples.

OBSERVATION N° 43

Mme B..., 31 ans. II G. N° 2.534. 23.11.56.

A.H. : Mère morte d'une hémorragie cérébrale.

A.O. : 1953 : **Césarienne** pour **présentation du Front** à terme après trois essais de forceps (Nantes).

Grossesse actuelle :

D.R. le 21 Février - A.P. le 1^{er} Décembre.

Décision d'épreuve du travail avec bon pronostic.

Accouchement le 23.11 :

Fille de 3.200 gr qui crie aussitôt.

Délivrance normale : 540 gr.

Suites simples.

ANALYSE DES FAITS OBSERVÉS

1. — Il existe plusieurs groupes d'observations d'après les indications des Césariennes antérieures.

1) Nous éliminons évidemment les indications permanentes ou définitives de Césariennes qui n'entrent pas dans le cadre de cet exposé.

2) Nous trouvons d'abord un groupe de Césariennes dont les indications étaient **passagères ou temporaires** ou accidentelles.

Certaines furent décidées dans l'intérêt de la mère :

- 3 pour placenta prævia (obs. n^{os} 13 - 14 - 40).
- 4 pour Hypertension gravidique :
 - 2 éclampsies (obs. n^{os} 12 - 17)
 - 1 échec de la méthode de HAUCH (obs. n^o 18)
 - 1 néphropathie gravidique avec décollement placentaire prématuré 1 mois avant terme (obs. n^o 28)
- 1 pour périnéorraphie chirurgicale (obs. n^o 20)
- 1 observation d'utérus double (obs. n^o 25).

D'autres Césariennes furent pratiquées en vue de la **sauvegarde de l'enfant** :

- 8 Césariennes pour mauvaise présentation :
 - épaule : obs. n^{os} 1 - 8 - 9 et 9 bis
 - front : obs. n^{os} 5 - 19 - 31 - 43
 - transversale : obs. n^o 42.

Il est bien entendu que certaines de ces présentations vicieuses allaient de pair avec une anomalie du bassin osseux :

- bassin rétréci dans l'obs. n^o 1
- lésion du sacrum dans l'obs. n^o 8
- bassin aplati dans l'obs. n^o 19.

— 1 observation concerne une mort foétale habituelle avec 2 Césariennes antérieures : obs. n^o 6.

— 1 Césarienne est pratiquée pour iso-immunisation (Césarienne prophylactique à 8 mois) : obs. n° 30.

— 1 autre est décidée pour terme dépassé de 25 jours : obs. n° 34.

Les indications de certaines Césariennes se posèrent à cause d'une **tumeur prævia** :

— 1 fibrome prævia : obs. n° 10.

— 3 kystes prævia : obs. n°s 23 - 32 - 41.

3) Enfin le 3^e groupe comprend les **indications relatives**. Il s'agit des bassins limites, le chapitre sans nul doute le plus important et le plus intéressant de notre étude. Nous verrons que dans ce cadre l'Epreuve du Travail est primordiale et que c'est à ce propos que sera mis en lumière tout le sens clinique de l'accoucheur qui doit connaître toutes les données du problème et savoir les utiliser.

Il est évident par ailleurs que ce problème a acquis toute sa valeur depuis l'avènement de la Césarienne basse suprasymphysaire. En effet, à l'ère de la Césarienne haute, l'accouchement par les voies naturelles comportait beaucoup trop de risques après une telle Césarienne et il n'existait alors que les trois solutions suivantes :

— Césarienne itérative d'emblée, suivie de stérilisation à plus ou moins longue échéance.

— la symphyséotomie, n'évitant pas le danger de rupture en fin de grossesse.

— l'accouchement prématuré.

Nous avons relevé dans ce groupe 15 observations de Césariennes motivées par les dimensions réduites du bassin :

— 5 bassins transversalement rétrécis :

obs. n°s 1 : P.P.M. = 10,5 - T.M. = 12

16 et 16 bis : P.P.M. < 10,5 - T.M. < 11,2

24 : P.P.M. = 10,5 - T.M. < 11,2

35 P.P.M. = 10,5 - T.M. = 11,5

forte antéverson pelvienne

— 2 bassins généralement rétrécis :

obs. n°s 22 P.P.M. < 11 - T.M. < 11,4

faux promontoire S1 - S2

redressement des lignes innominées

très forte antéverson pelvienne

39 : P.P.M. < 9 - T.M. < 10,75

— 4 bassins aplatis :

obs. n^{os} 19 : D.U. = 9 Sacrum suivi sur toute sa hauteur
Promontoire perçu à bout de doigt

21 P.P.M. = 10,4 - T.M. = 13

Bourrelet rétrosymphysaire

29 : un peu aplati

38 P.P.M. = 9,5 - T.M. = 12

Promontoire atteint à 10,5 cm

— 1 bassin Aplati et légèrement Asymétrique : obs. n^o 4.

— 1 bassin Transversalement et Généralement Rétréci : obs. n^o 11.

— 1 bassin Aplati et Généralement rétréci et un peu Asymétrique : n^o 15.

— 1 bassin Aplati et Généralement Rétréci : obs. n^o 33.

Bien entendu, ces bassins sont peu touchés dans leur ensemble, et si l'accouchement normal a dû céder le pas à la Césarienne, c'est qu'il s'agissait d'un enfant trop gros ou dont l'accommodation se faisait mal, ou que ces dimensions quoique peu réduites étaient associées à des présentations dystociques :

épaule : obs. n^o 1.

front : obs. n^o 19.

siège : obs. n^{os} 33 et 38.

4) Il reste 6 observations concernant des Césariennes pratiquées pour raison inconnue de la malade, mais que l'on peut parfois deviner :

obs. n^{os} 2

3 : sans Epreuve du Travail

7 : gros enfant (4.850 gr) chez une lpare

26 : après Epreuve du Travail

27 : antécédent de mort fœtale

36 : antécédent d'une mort fœtale.

Ces Césariennes furent faites en dehors de Lyon et les gestantes ne purent en préciser les raisons. Les examens cliniques et radiologiques pratiqués à la Clinique Obstétricale montrent des bassins normaux. Peut-être le poids des enfants, un travail spasmo-

dique ou une souffrance foetale avaient-ils incité à terminer par voie haute. Cependant la Césarienne de l'obs. n° 3 est pratiquée sans Epreuve du Travail.

II. — Etude de la valeur parturiente de l'utérus antérieurement césarisé.

Il est intéressant de voir si la cicatrice de Césarienne antérieure est susceptible d'intervenir sur la contraction utérine. On étudie donc le déroulement de l'accouchement par voie basse chez les femmes ayant subi antérieurement une Césarienne, en précisant :

- le mode de présentation,
- la durée de dilatation,
- les modalités d'expulsion ou d'extraction,
- la délivrance,

en distinguant ces accouchements, soit dans les Bassins morphologiquement normaux, soit dans les Bassins limites.

1) En dehors des Bassins rétrécis :

- Etude de la présentation :

Dans 26 cas, il s'est agi de présentations du sommet, dans 1 cas, d'un siège complet (obs. n° 14).

- Dilatation :

La durée de dilatation a été variable entre 2 h 30 et 14 h.

Il est à signaler que d'autres dilatations ont été plus longues :

17 h 00 (obs. n° 13)

18 h 45 (obs. n° 26)

20 h 00 (obs. n° 12)

20 h 00 (obs. n° 7)

L'observation n° 26 concerne une femme ayant subi une Césarienne après Epreuve du Travail pour raison impossible à préciser. L'Epreuve du Travail est longue, bien qu'après 12 h de travail, la tête soit bien fixée. Les contractions sont faibles et espacées, nécessitant une perfusion de post-hypophyse sous surveillance stricte. On peut donc penser que la Césarienne avait déjà été décidée pour dystocie dynamique.

On peut également supposer la même chose pour l'obs. n° 7 concernant une Césarienne chez une Ipape avec gros enfant.

A part ces cas, on peut donc penser que dans ce groupe de bassins non rétrécis, le potentiel musculaire de l'utérus ayant subi une Césarienne antérieure est à peu près normal.

— L'expulsion de l'enfant a été spontanée dans 13 cas, et a duré de 5 à 30 mn.

Dans 1 cas, il a été pratiqué une petite extraction pour présentation de siège complet (obs. n° 14) chez une femme qui n'a suivi aucune consultation et accouche pour la quatrième fois après une Césarienne pratiquée pour Placenta Prævia.

Enfin 13 forceps ont été appliqués, 10 dans l'excavation (obs. n°s 3 - 5 - 9 - 12 - 26 - 31 - 34 - 36 - 42 - 43), après des efforts expulsifs ayant duré de 5 à 30 mn.

2 forceps ont été appliqués à la vulve (obs. n°s 7 et 20).

Donc le pourcentage d'applications de forceps est élevé, les efforts expulsifs ayant été limités à une durée de 30 minutes au plus. Cette prudence est à souligner.

— Délivrance :

Elle s'est faite spontanément dans les délais normaux dans tous les cas. Une seule R.U. a été pratiquée (obs. n° 42) avec pour raison une rétention des membranes, ce qui permet de vérifier le bon aspect de la cicatrice utérine.

2) Dans les bassins rétrécis :

— Etude de la présentation :

Dans les 16 accouchements après Césarienne (une même femme ayant accouché 2 fois après sa Césarienne : obs. n°s 16 et 16 bis), il s'est agi de présentations céphaliques normales.

Il est à signaler que dans les obs. n°s 1 - 19 - 33 -- 38, l'accouchement s'est déroulé normalement, en **partie** grâce à cette présentation, la Césarienne antérieure ayant été décidée pour léger rétrécissement et mauvaise présentation (respectivement épaule, front et 2 sièges).

— La dilatation

se fit normalement dans toutes ces observations et duré de 3 h 45 à 18 h 30.

— L'expulsion

fut spontanée dans 8 cas et duré de 5 à 30 mn, sans incidents particuliers.

Il fut pratiqué des applications de forceps dans 8 cas pour : arrêt de la progression : obs. n^{os} 4 - 16 - 29 - 33 après 30 à 60 mn.

— arrêt de la progression + état maternel + souffrance foetale : obs. n^o 21.

— indication maternelle, prophylaxie de rupture : obs. n^{os} 37 - 38 - 39 après 5 à 30 mn d'efforts expulsifs.

Enfin, toutes les délivrances furent spontanées, dans les délais normaux.

3) Dans les bassins césarisés pour causes intriquées, on ne trouve que 2 obs. : n^{os} 8 et 25.

La première malade subit une Césarienne peut-être pour présentation de l'épaule. Le Bassin est jugé normal, avec cependant une lésion du Sacrum.

L'observation n^o 25 concerne un utérus double césarisé pour cette raison.

— La présentation

— est normale en sommet dans l'obs.-n^o 8

— obs. n^o 25 : alors que la Césarienne itérative avait été décidée en raison des antécédents, la malade entre au dernier moment avec une présentation du siège et un pied apparaissant à la vulve.

— La dilatation fut de 12 h. pour l'obs. n^o 8.

Elle ne put être suivie pour l'obs. n^o 25, la malade entrant au dernier moment pour un accouchement prématuré 15 jours avant terme.

— L'expulsion fut spontanée en 50 mn pour l'obs. n^o 8, avec petite dystocie des épaules.

Il fut fait une grande extraction du siège + Mauriceau pour l'obs. n^o 25.

— Les délivrances furent obtenues spontanément.

Ainsi nous voyons que dans la majorité des cas, la dilatation se fait normalement. La valeur parturiente de l'utérus est donc conservée.

Dans un seul cas, la lenteur du travail fait installer une perfusion de post-hypophyse **sous surveillance**, avant de prendre une décision définitive.

Le pourcentage d'aide à l'expulsion est élevé.

En effet, sur les 45 accouchements envisagés ici, 22 expulsions furent spontanées. Il y eut 21 extractions par forceps, et 2 extractions de sièges.

Bien que ces interventions soient fréquentes, elles ne révèlent pas forcément la diminution de la valeur expulsive de l'utérus. De nombreuses interventions sont pratiquées en effet de façon prophylactique, le spectre de la rupture utérine se dressant toujours devant l'accoucheur.

Les délivrances furent toutes spontanées, à l'exception des obs. n^{os} 20 et 26, non suivies d'hémorragies.

Seules des R.U., furent pratiquées en cas de doute, parfois à titre systématique, pour vérifier l'intégrité utérine.

obs. n^{os} 20 : D.A. On ne retrouve pas la cicatrice utérine.

25 : utérus double. Solidité de la cicatrice (sur l'utérus droit ; l'utérus ultérieurement gravide étant le gauche).

26 : D.A. R.A.S.

34 : RàS.

35 : aucune trace de cicatrice.

36 : cicatrice utérine normale.

39 : paroi utérine mince sans rupture.

42 : cicatrice longitudinale régulière sans déhiscence.

Chez les femmes suivies lors de leur accouchement dans le Service, et lors de la période qui nous intéressait (1952 à 1956) il n'a donc été décelé aucune rupture utérine.

III. — Résultats de l'accouchement par les voies naturelles après Césarienne. Résultats fœtaux.

1) Comparaison du poids des enfants nés par accouchement spontané et du poids des enfants nés par Césarienne.

Cette comparaison ne présente un intérêt certain que dans le cadre des bassins limites. Malheureusement le poids de l'enfant né par Césarienne n'a pu toujours être précisé par la mère (obs. n^{os} 1 et 29).

Dans les 14 observations restantes, les poids des enfants nés par voie naturelle sont inférieurs à celui des enfants nés par Césarienne, sauf 2 exceptions :

- obs. n° 21 : enfant né par Césarienne : 3.400 gr.
par les voies naturelles : 3.800 gr. .
obs. n° 38 : enfant né par Césarienne : 3.180 gr.
par les voies naturelles : 3.400 gr.

Dans 4 observations (n°s 11 - 16 - 22 - 33) ces poids ne diffèrent que d'environ 100 gr. et cette différence ne peut guère être prise en considération.

Donc, il reste 8 observations (n°s 4 - 15 - 16 bis - 19 - 24 - 35 - 37 - 39) où la différence est évidente.

Il serait évidemment satisfaisant de constater que les poids des enfants nés par voies naturelles sont tous inférieurs, dans des proportions honnêtes, aux poids des enfants nés par Césarienne. Pourquoi n'en est-il pas toujours ainsi?

— On peut tout d'abord penser que certaines Césariennes, sans être abusives pour autant, furent pratiquées sur indications assez larges, ce qui peut se concevoir en l'absence d'un Centre Obstétrical bien équipé.

— Mais surtout, il faut penser que des éléments autres que le volume fœtal ou les diamètres du bassin, entrent en ligne de compte : présentations céphaliques plus ou moins bien fléchies, orientation plus ou moins favorable, malléabilité de la tête plus ou moins grande, relâchement symphysaire plus important chez la multipare que chez la primipare.

2) Etat des enfants nés par voie naturelle après Césarienne :

— Il existe 2 morts fœtales in utéro, l'une (obs. n° 6) chez une femme avec antécédents de polymortalité infantile, l'autre (obs. n° 36) chez une femme prédiabétique avec un hydramnios de 21. (Il existe de plus pour ce dernier cas un circulaire cervical très serré).

Il ne peut être question d'imputer ces morts in utéro aux antécédents de Césarienne retentissant sur l'utérus, les enfants étant morts en début de travail.

— L'enfant d'une femme (obs. n° 18) entrée dans le Service avec Syndrome pré-éclamptique et rétinite albuminurique, et accouchant prématurément à 7 mois 1/2, meurt le 3^e jour. Il s'agissait d'un enfant de 1.400 gr, dont l'autopsie se révèle négative.

2 enfants naissent en état de mort apparente après extraction par forceps. Mais la réanimation est de 2 mn (obs. n° 34) et de 10 mn (obs. n° 21).

1 enfant respire immédiatement, mais crie 2 mn plus tard (obs. n° 39).

1 enfant est débile (2.040 gr) avec retard physicopsychique. Il s'agit d'un accouchement prématuré de 3 semaines (obs. n° 19).

Enfin 1 enfant (obs. n° 38) présente une paralysie du plexus brachial au dégagement un peu difficile de l'épaule antérieure, qui régresse rapidement.

Ces enfants s'élèvent parfaitement bien dans le Service, qu'ils quittent dans un état tout à fait satisfaisant, justifiant ainsi l'accouchement par les voies naturelles après Césarienne.

RÉSULTATS MATERNELS

La mortalité est nulle.

1) Sans tenir compte des Episiotomies prophylactiques (obs. n°s 29 - 34 - 38 - 42), on note 3 déchirures des parties molles :

déchirure périnéale simple nécessitant la pose d'un crin après A.S.A.T. (obs. n° 28) ;

déchirure périnéale simple (3 points) après forceps (obs. n° 26) ;

déchirure de la paroi latérale droite du vagin (obs. n° 35).

Ces lésions sont trouvées chez des femmes accouchant pour la première fois par les voies naturelles. Les suites sont parfaitement simples.

2) Enfin, au point de vue morbidité, une femme fait un choc après la délivrance avec T.A. à 7, puis 5,5 sans hémorragie. Elle est suivie de près, les suites sont simples (obs. n° 26).

Toutes ces femmes quittent également le Service dans d'excellentes conditions.

CONSÉQUENCES CLINIQUES OBSTÉTRICALES DES CÉSARIENNES

Le problème de la Stérilité après Césarienne.

D'après différents auteurs, elle est encore constatée fréquemment après Césarienne. D'après les statistiques de la thèse de BLUM, on atteindrait le chiffre élevé de 33 % de femmes stériles après Césarienne.

Différents facteurs avaient été invoqués pour expliquer ce phénomène :

- adhérences annexielles résultant de l'intervention. En fait, si elles existent, elles se situent entre l'utérus et la paroi abdominale.

- endométrite. Mais elle n'est pas plus fréquente qu'après les accouchements normaux.

- BLUM conclut en invoquant l'âge moyen déjà avancé des femmes césarisées : de 30 à 35 ans.

- et surtout le facteur crainte de ces femmes qui redoutent une nouvelle grossesse et les risques de complications après une Césarienne.

Donc, il s'agit plutôt d'une Stérilité volontaire.

Le problème de l'avortement.

D'après WETTERWALD et JUNG, on trouverait de 15 à 30 % d'avortements après Césarienne. BLUM n'en rapporte que 8 %.

En fait, il s'agit plus d'un refus d'une nouvelle grossesse, avec fausses couches provoquées par peur d'une nouvelle intervention. Et dans ces conditions, il est difficile d'en préciser le pourcentage.

Par ailleurs, le nombre d'avortements spontanés après Césarienne n'est pas plus élevé qu'ordinairement.

D'après MM. POLLOSSON et PAYAN, l'étiologie de certains de ces avortements relèverait d'une altération de l'isthme utérin, sans doute liée à la cicatrice dont le siège est justement l'isthme utérin, homologue du Segment Inférieur de l'utérus en fin de grossesse.

Le problème de la grossesse extra-utérine.

D'après BLUM, il ne peut s'agir que d'une coïncidence. En effet aucun raisonnement ne pourrait expliquer ce phénomène.

KING, aux U.S.A., ne signale que la fréquence (?) de grossesses abdominales, résultant du développement de l'œuf, à l'origine intra-utérin, puis ayant passé au travers de la cicatrice utérine.

L'accouchement prématuré spontané a été signalé.

MONIOD, dans sa thèse, relève une fréquence d'accouchements prématurés spontanés de 12 %, tout en soulignant qu'aucun auteur n'a attiré l'attention sur le fait qu'une Césarienne augmente les risques de prématuration au cours d'accouchements ultérieurs.

Cependant, comme l'expliquent séparément BLUM et M. NOTTER, la cicatrice de première intervention peut fort bien être un foyer d'irritation favorisant les contractions prématurées du travail, lorsqu'il n'y a pas « restitutio ad integrum » de la cicatrice.

VERMELIN, RIBON, BRAYE, en 1959, signalent 7,3 % d'accouchements prématurés spontanés, fréquence à peine supérieure à celle de la série globale.

Cependant MAC NALLY et FITZPATRICK, en 1956, signalent que le risque de prématuration est plus grand chez les femmes ayant eu plusieurs Césariennes.

Le problème de la déhiscence de la cicatrice.

Ce problème est certainement le plus important parce que le plus fréquent et surtout le plus redoutable.

A ce propos, on doit insister sur la technique actuelle de la Césarienne qui n'est non plus corporéale (dans ce cas, on pratique sans la moindre hésitation une Césarienne itérative), source de nombreux ennuis (ruptures pendant la grossesse surtout, moins

pendant le travail), mais segmentaire longitudinale ou transversale, qui donne habituellement une cicatrice solide. Cette Césarienne basse, magnifique progrès en Obstétrique, fait reculer la chirurgie mutilatrice et permet une Epreuve du Travail ultérieure. Cette sécurité est renforcée par les antibiotiques et les méthodes modernes de déchoquage.

Elle n'empêche cependant pas la rupture de la cicatrice utérine au cours d'une grossesse ultérieure mais diminue beaucoup la probabilité de cet accident. Il s'agit toujours de ruptures survenant pendant le travail ; donc il existe une large sécurité durant la grossesse, mais la surveillance du travail devra être étroite (MAHON et PÉRY).

1) Quels sont les **Facteur de fragilisation** du muscle utérin ? Rappelons brièvement ceux qui sont le plus souvent cités par les auteurs :

- grande multiparité.
- répétition des Césariennes.
- Epreuve du Travail trop prolongée dans les bassins dystociques (CHAISTRUSSE).

- insertion de Placenta prævia sur la zone de section musculaire ou à son voisinage, gros facteur de fragilisation de l'endomètre. Ou encore antécédents de Placenta prævia ayant conduit à la Césarienne, étant une source d'infection, donc de fragilisation de la cicatrice.

- infection des 2 tranches musculaires suturées (les auteurs insistent beaucoup sur ce point) : infection préalable par le liquide amniotique (exceptionnelle depuis l'emploi des antibiotiques), ou dans les Suites de Couches immédiates, souvent camouflées par les antibiotiques.

- fautes techniques au cours de la Césarienne :

- invagination de la séreuse péritonéale entre les 2 lèvres musculaires,

- mauvais matériel de suture (catgut),

- incision trop haute, à la limite du corps et du Segment Inférieur (KESSLER),

- façon de sectionner le muscle utérin, la section longitudinale du Segment Inférieur ralliant le plus de voix par la facilité de son exécution (désunion des fibres musculaires et non section), sa réparation plus complète, sa moindre fragilité. Cependant MO-

NIOD dans sa thèse préconise la section transversale comme étant la meilleure. DAUMERIE et ABRAS sont également de cet avis.

2) Durant la grossesse.

La déhiscence de cicatrice segmentaire est exceptionnelle. On ne peut rencontrer cette éventualité à ce moment que dans le cas de la cicatrice de Césarienne corporéale.

On retrouve ici les cas de grossesses abdominales citées par KING, qui insiste sur la surveillance étroite de telles femmes pendant leur dernier trimestre, et d'autant plus que l'on se rapproche davantage du terme.

MAC NALLY et FITZPATRICK insistent sur le fait que la distension de l'utérus par la grossesse croissante doit faire craindre un risque de disjonction ou de rupture de la cicatrice bien plus que le travail lui-même.

3) Durant le travail.

Là aussi la déhiscence de cicatrice de Césarienne corporéale est plus fréquente que celle de la cicatrice de Césarienne segmentaire. Il est possible également de voir des déchirures perpendiculaires ou parallèles à la cicatrice, à côté de l'ouverture de la cicatrice elle-même.

Certaines ruptures sont provoquées par des manœuvres intempestives : expression utérine, emploi d'ocytociques, qui sont évidemment à déconseiller formellement, sauf cas très particuliers pour les ocytociques, comme nous le verrons plus loin.

D'autres ruptures au contraire sont spontanées, et sans signes d'appel.

On sait que le tableau clinique de ces ruptures utérines est le plus souvent extrêmement trompeur. Il existe en effet deux sortes de ruptures :

— La rupture sous-péritonéale ou désunion de la cicatrice est la plus fréquente.

Certaines ne sont traduites par aucun signe extérieur et la découverte en est faite seulement lors d'une Césarienne itérative en début de travail ou d'une Révision utérine systématique après un accouchement par les voies naturelles, ou encore dans les Suites de Couches immédiates à l'occasion de complications infectieuses d'ordre péritonéal.

Elles peuvent se produire encore avec le minimum d'expression clinique : hémorragie externe de sang rouge, douleur utérine basse de faible intensité.

Dans ce cas, il convient de ne pas attendre les signes de choc toujours trop tardifs, mais plutôt de dépister tout signe de souffrance fœtale, toute atteinte légère de l'état général de la mère, toute douleur spontanée ou survenant dans l'intervalle des contractions au niveau du Segment Inférieur, qui est le signe capital pour CHEYNET, amenant une décision immédiate de Césarienne itérative. CHASTRUSSE conseille de se méfier d'un tableau d'hypertonie douloureuse s'installant chez une femme antérieurement césarisée, avec des douleurs le long de la cicatrice.

— La rupture complète est la moins fréquente et intéresse muqueuse, musculuse et séreuse. La symptomatologie en est bruyante et le diagnostic facile. Cependant on signale l'absence de syndrome de Bandl-Frommel.

MONIOD, dans sa thèse, insiste sur la fréquence des anomalies de cicatrices mises en évidence par des délivrances artificielles ou des Révisions Utérines : désunions bien sûr, mais aussi cicatrices anormalement minces, membranes adhérentes à la cicatrice, faits que nous avons signalé également à propos de nos propres observations.

ÉLÉMENTS DE PRONOSTIC DEVANT UNE FEMME ANTÉRIEUREMENT CÉSARISÉE

Ainsi que l'écrit M. NOTTER, en 1959, il s'agit avant tout d'un problème pratique : c'est une patiente que l'on voit à la consultation du 8^e mois et qui présente une cicatrice de laparotomie. Il faudra à ce moment savoir pour quelles raisons la ou les Césariennes avaient été pratiquées et quelle solution il faudra envisager pour cette nouvelle naissance.

L'interrogatoire

donc insiste sur les indications de la première Césarienne : l'indication en était-elle passagère ou permanente, pour dystocie dynamique ou fonctionnelle, pour cause hémorragique ou infectieuse? La Césarienne a-t-elle ou non été précédée d'Épreuve du Travail, quelle en a été la durée (les risques d'infection augmentant avec le temps)?

Il serait également intéressant de savoir où et par qui fut pratiquée l'intervention pour en connaître le déroulement (hémostase plus ou moins parfaite, conditions de suture et d'enfouissement), et les suites, en écrivant à l'opérateur. Ce point est d'ailleurs souvent beaucoup plus difficile à éclaircir qu'il n'y paraît, et ce n'est pas la patiente elle-même qui pourra dire si l'incision fut corporelle ou segmentaire...

Par contre il sera plus facile de savoir si les suites opératoires ont été compliquées ou non, s'il y a eu de l'infection, une température élevée.

Y a-t-il eu d'autres accouchements avant ou après la Césarienne? Les accouchements antérieurs par voie basse améliorent le pronostic en évitant à l'utérus de trop gros efforts expulsifs, les parties molles étant assouplies par le ou les accouchements antérieurs.

L'inspection de la cicatrice abdominale.

En précise le siège :

Si elle est supra-ombilicale, l'incision a vraisemblablement été corporéale ou segmento-corporéale.

Si elle est sous-ombilicale, à l'heure actuelle, on peut penser que l'incision a été segmentaire, à plus forte raison s'il s'agit d'une incision de Pfannenstiel.

On étudiera également l'aspect de cette cicatrice : régulière et fine, ou au contraire élargie et chéloïde, signant ainsi la supputation consécutive.

Il importe également d'apprécier la valeur de la paroi abdominale (éventration possible).

L'examen obstétrical sera attentif.

Au cours de l'examen clinique,

— Le palper bimanuel vérifiera la régularité de la présentation.

— On mesurera la Hauteur Utérine pour vérifier le volume foetal.

— Les Bruits du Cœur seront soigneusement recherchés.

— Le T.V. vérifiera la souplesse vaginale, l'état du col.

— On pourra soupçonner un certain déficit de la cicatrice utérine dans les cas suivants :

utérus manquant congénitalement d'étoffe (infantilité ou malformations utérines).

ou déficit acquis (grande multipare, fibromatose, insertion basse du Placenta).

Au terme de cet examen

On pourra porter un jugement **a priori** sur la valeur de la cicatrice, et envisager la conduite à arrêter en fonction de ces données.

Le pronostic sera évidemment très simplifié, si l'on a trouvé une **cause permanente de Césarienne**. A ce moment, la décision est la Césarienne Itérative prophylactique avant tout début de travail.

Dans les **indications temporaires**, on tente une Epreuve Utérine permettant le plus souvent l'accouchement spontané par les voies naturelles. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point.

Mettons à part deux cas particuliers :

1) L'Ecole Lyonnaise insiste particulièrement sur un point : dans le cadre des **Bassins limites**, les conditions de l'Epreuve du Travail varient d'un accouchement à l'autre ; le bassin osseux peut se développer jusqu'à 25 ans (thèse de VEYRAC, en 1934).

— facteur inhérents à l'enfant surtout : poids du fœtus, volume de la tête fœtale, malléabilité des os du crâne, facilité de chevauchement des pariétaux, degré de déflexion possible ou d'asynclitisme au Déroit Supérieur.

On peut donc après mûre réflexion tenter une nouvelle épreuve mécanique doublée de l'épreuve utérine.

2) Les **dyscinésies** constituent également des indications relatives. Il s'agira de mettre cette fois l'utérus dans les meilleures conditions de travail possibles, c'est-à-dire pratiquer l'« accouchement médical » de KREIS ou l'« accouchement dirigé » de VORON et PIGEAUD, tel que nous le verrons plus loin. On peut ainsi, assez souvent, éviter le trouble fonctionnel qui avait motivé la Césarienne antérieure.

En gros, l'interrogatoire et l'examen clinique permettent de prendre une décision.

Cependant

De nouveaux éléments pronostic ont été apportés ces dernières années.

1) **L'étude histologique de la cicatrice** ne sera que brièvement envisagée ici. En effet, il s'agit de l'étude de prélèvements de cicatrices faits au cours d'une Césarienne itérative. Cette technique est donc déjà en marge de notre étude qui s'attache justement au déroulement des accouchements par voie basse après Césarienne, et non pas aux Césariennes itératives.

GREENHILL et BLOOM ont bien étudié les cicatrices de Césariennes segmentaires, les seules pouvant nous intéresser. Ils montrent plusieurs types de cicatrisation possibles :

— « Restitutio ad integrum » du muscle utérin (qui ne serait qu'apparente pour POIDEVIN et BOCKNER) sans cicatrice visible, avec îlots insignifiants de tissu conjonctif.

— Aspect cicatriciel avec présence de tissu conjonctif abondant dans les fibres musculaires. Ce serait le type de cicatrice le plus fréquemment rencontré.

SCHWARZ et SIEGEL d'une part, LEPAGE d'autre part ont montré la persistance de tissu fibreux au niveau de la cicatrice, étouffant un tissu musculaire de mauvaise qualité, mal vascularisé et fragilisé par l'existence de profondes indentations, ces invaginations expliquant peut-être les images radiologiques dont nous parlerons plus loin.

— Amincissement de la cicatrice ne mesurant qu'un millimètre avec intrication du tissu conjonctif et des fibres musculaires.

De toutes façons au cours d'une grossesse, cette cicatrice peut s'amollir, ainsi que l'a montré COUVELAIRE, sous l'influence de l'imbibition et du ramollissement gravidique par les œstrogènes, et redevenir de ce fait beaucoup plus élastique.

2) WILSON préconise, en 1951, une **Placentographie** de routine avant de décider si l'accouchement pourra se dérouler par voie basse. L'intérêt en serait de voir si le placenta n'est pas inséré sur la cicatrice, auquel cas les risques de ruptures seraient plus grands.

3) POIDEVIN et BOCKNER enfin, proposent une nouvelle méthode de dépistage systématique des cicatrices déficientes par **Hystérographies**, qui objectivent la valeur de la cicatrice **avant** une grossesse consécutive à une Césarienne, alors que la Révision Utérine ne l'objective qu'après.

Ces auteurs, de plus, pensent que la R.U. ne peut donner aucune conclusion valable sur la solidité d'une cicatrice de Césarienne, en raison de la mollesse et de la flaccidité du Segment Inférieur.

D'autres auteurs étudient également ce procédé intéressant : K. BAKER à Liverpool, VARANGOT, GRANJON, YANNOTTI et LEPAGE en France.

L'hystérographie est pratiquée de 3 à 6 mois après la Césarienne, dans la première phase du cycle menstruel, avec du lipiodol

à 40 %. L'injection est lente et continue pendant la prise des clichés qui seront de Face, de Profil et de 3/4.

Les Hystérogaphies témoins mettent en évidence le contour lisse de l'utérus, net surtout sur le profil, où l'on voit que la paroi antérieure est très régulière.

Les altérations radiologiques ne sont pas constantes au niveau des cicatrices utérines. LEPAGE nous dit que dans près de la moitié des cas, l'utérus garde un aspect normal.

Les autres cas révèlent des déformations de plusieurs degrés, dont on sait qu'elles correspondent bien à la cicatrice depuis que LEPAGE eut l'idée de placer au niveau de la cicatrice un repère métallique lors de l'intervention.

Ces Hystérogaphies peuvent donc révéler :

- soit une sorte de petite hernie, c'est la « sacculaton » des auteurs anglais.

- soit des contours très irréguliers de l'isthme avec une petite spicule au niveau de la cicatrice.

- si l'y a eu des Césariennes itératives, on retrouve des déformations régulières de l'isthme, soit sous forme d'encoche, soit de défilés tortueux. POIDEVIN et BOCKNER retrouvent sur certains clichés des déformations très importantes, avec infiltration de gouttelettes de Diodone sous la vessie, et dont ils donnent un pronostic pessimiste. Ils proposent une Césarienne prophylactique itérative après repérage d'une mauvaise cicatrice par Hystérogaphie.

L'idéal dans ces conditions serait de pouvoir pratiquer une Hystérogaphie chez toutes les femmes césarisées pour dystocie non permanente. Mais ceci n'est pratiquement pas réalisable et il convient donc de poser des indications électives et de décider ces contrôles en fonction d'un certain nombre de critères : difficultés techniques de certaines interventions, état anatomique du Segment Inférieur, atteinte du muscle utérin, suites opératoires fébriles ou compliquées (VARANGOT).

Mais LEPAGE pense qu'il est impossible d'établir un rapport quelconque entre le facteur constant de déformation utérine et des facteurs variables tels que âge, parité, ou l'un des facteurs invoqués plus haut, ce qui empêche de prévoir les cas intéressants à soumettre au contrôle de l'Hystérogaphie.

Seule la méthode largement utilisée permettrait une meilleure appréciation du risque de rupture utérine après Hystérotomie.

Après avoir étudié ces différents facteurs de la solidité de la cicatrice, il n'est pas encore possible d'avoir la certitude que la cicatrice « tiendra ». Il reste toujours un risque à courir, si minime soit-il, lorsqu'on décide de laisser évoluer le travail dans un utérus césarisé.

Dans de bonnes conditions, la parturiente antérieurement césarisée court peu de risques et peut être opérée à temps en cas de désunion, ou s'il survient une dystocie quelconque pouvant faire craindre une rupture de cet utérus fragilisé.

Par contre le fœtus est d'autant plus précieux qu'il peut s'agir d'une Ipare âgée ou d'une femme ayant perdu auparavant des enfants. Or on connaît le pronostic foetal en cas de déhiscence de la cicatrice, et ce en quelques minutes.

Tous ces différents points doivent donc entrer en ligne de compte dans la Conduite à tenir.

CONDUITE A TENIR

Nous avons vu qu'un certain risque existe toujours pour la mère et l'enfant quand l'accouchement par voie basse est accepté. C'est dire si toutes les précautions doivent être prises et la surveillance étroite.

Pendant la grossesse :

1. - Les premiers éléments thérapeutiques seront d'**ordre psychologique**.

Il convient d'avertir la femme qu'elle peut courir un risque de rupture, donc qu'elle doit rester à proximité d'un bon Centre Obstétrical. Bien sûr, il faut éviter à tout prix de l'affoler, mais il faut également éviter toute appréhension, aussi bien que toute surprise brutale.

Cet accouchement par voie basse peut être de plus d'une grande valeur psychologique pour la patiente qui acquiert ainsi à nouveau le sentiment de sa propre valeur de femme et de mère. Ce qui peut même la conduire à désirer encore d'autres enfants (FRANGENHEIM).

2. - Plus accessoirement, on prendra quelques **précautions élémentaires** :

— règles d'hygiène alimentaire : régime sans sel le dernier mois, alimentation modérée, pesée régulière mensuelle.

— précautions préalables : groupage sanguin avec facteur Rhésus, temps de coagulation, etc..., dépistage de toute néphropathie.

Certains auteurs préconisent l'hospitalisation le dernier mois, ou tout au moins une courte mise en observation le 8^e mois pour glycémie, urémie, ionogramme éventuel.

3. - On porte un **pronostic** en fonction des différents éléments étudiés plus haut.

Les cas faciles comportent les Césariennes antérieures pour indications accidentelles ; ou, à l'opposé, il existe déjà 2 Césariennes antérieures, ou une présentation anormale en fin de grossesse, ou un Placenta Prævia faisant décider la Césarienne itérative. Les cas délicats sont posés par les bassins limites, dont le pronostic aura pu être établi par les données cliniques et la Radiopelvimétrie.

Cependant seule l'Epreuve du Travail permet d'apprécier les possibilités de cet utérus. Elle est plus ou moins longue suivant les caractéristiques de son évolution. Sa durée varie également suivant les auteurs et suivant qu'elle se déroule chez une femme ayant déjà accouché ou non par voie basse.

Pour SCHMITZ, jusqu'à 56 heures chez une Ipare et 23 heures pour une Multipare.

Pour CONTÉ dans sa thèse : de 36 à 48 heures.

Pour DAUMERIE et ABRAS : pas plus de 5 à 8 heures.

CHASTRUSSE recommande de ne pas pousser une Epreuve du Travail au delà de toute sagesse...

4. - La question de **déclenchement du travail** avant ou après terme, quelqu'en soit le moyen (mécanique ou médicamenteux) ne se **discute absolument plus**.

PRÉ, dans sa thèse inspirée par RHENTER en 1942, signale déjà que cette méthode est abandonnée, en raison des risques qu'elle comporte, montrant ainsi l'évolution de l'Ecole Lyonnaise depuis 1935.

Au début du travail :

1. - Il convient que la femme soit placée dans des **conditions optima**.

L'accouchement doit être surveillé dans un milieu hautement spécialisé.

La salle d'intervention est préparée, l'accoucheur présent, l'anesthésiste prêt.

On prévoit l'oxygénothérapie intermittente pour la mère pendant la dilatation, continue à l'expulsion ou durant l'intervention

éventuelle. Des ballons de sang isogroupes sont prêts à l'emploi.

La surveillance clinique est minutieuse et ininterrompue, par un obstétricien compétent :

— palper soigneux et fréquent de la présentation, en appréciant la fixation et l'engagement.

— appréciation du dynamisme du muscle utérin et de l'état de la cicatrice. Il faut savoir dépister une douleur spontanée du Segment Inférieur, préciser sa localisation, sa persistance dans l'intervalle des contractions.

La déhiscence éventuelle de la cicatrice doit être diagnostiquée avant l'apparition des signes de choc toujours trop tardifs. On doit y penser devant toute altération même légère de l'état général, toute modification brutale des Bruits Cardiaques (à ausculter **très** fréquemment), ou toute hémorragie même minime pendant la dilatation.

2. - Du point de vue **thérapeutique**.

Classiquement, on doit proscrire l'emploi des ocytociques forts, en particulier de la **post-hypophyse**, après l'utilisation de laquelle de nombreux cas de ruptures utérines ont été rapportés.

HOUEL et BOURDAN la proscrivent formellement par quelque voie que ce soit.

GARNIER et LE DORÉ dénoncent le danger de son emploi inconsideré.

MAHON et PÉRY conseillent prudemment de s'abstenir ou, si cette perfusion est nécessaire, de la pratiquer, la patiente étant sur la table d'opération, toute l'équipe prête en cas d'accident.

ROUCHY et CRÉZÉ pensent que toutes les ressources de la thérapeutique moderne doivent être mises au service de ces femmes, y compris la **perfusion** de post-hypophyse sous surveillance étroite, et avec des indications très précises.

P. CATHIARD, MONIOD et BLUM se rallient à cette opinion dans leurs thèses.

Pour notre part, nous nous y rallions aussi : la perfusion est passée en goutte à goutte très lent, et l'on s'abstient de toute injection directe. Cependant cette indication est exceptionnelle et doit le rester.

Par contre, on ne peut que conseiller l'emploi large des **antis-pasmodiques** sous toutes les formes, injectables ou en suppositoires.

L'Epreuve du Travail sera jugée positive ou non, seulement après **rupture artificielle des membranes**. La décision de passage par voie haute, si elle doit être prise, ne sera posée qu'une heure plus tard.

L'accoucheur et son équipe doivent sans cesse réconforter la patiente, lui ôter toute crainte superflue.

Il s'agit là d'un véritable « accouchement dirigé » mentionné par FRANGENHEIM, conseillé et mis au point par MM. VORON et PIGEAUD.

Expulsion :

Au cours de cette phase de l'accouchement, ocytociques et expression abdominale sont formellement proscrits.

Par contre, l'aide à l'expulsion est pleinement justifiée et les indications doivent en être larges :

extractions de sièges,
forceps,

le Vacuum Extractor a, là, une indication de choix, si la tête est à la partie tout à fait basse de l'excavation, suivant la technique du « dégagement assisté » (H. PIGEAUD).

En aucun cas les efforts expulsifs ne doivent être prolongés et l'on ne doit pas retarder l'intervention si la progression s'arrête, si la mère présente le moindre signe de surmenage ou si l'on décelè le moindre signe de souffrance fœtale.

Délivrance :

En principe, on doit la laisser se faire spontanément.

Si elle tarde un tant soit peu, on n'hésite pas à pratiquer une **Délivrance Artificielle suivie** de Révision Utérine.

La **Révision Utérine** qui pouvait présenter quelques inconvénients avant les antibiotiques, tend à devenir systématique. De toutes façons, on doit la faire si on a le moindre doute sur l'intégrité du muscle utérin (thèse de MUTEL - MONIOD).

Si elle ne peut apporter aucune aide à l'accouchement en cours, du moins peut-elle donner de précieux renseignements pour les accouchements ultérieurs.

La plupart des auteurs (HOUEL et BOURDON, ROUCHY, VERMELIN, RIBON, BRAYE, MAHON, GARNIER, BAXTER) insiste sur le caractère systématique de cette vérification, en raison du silence absolu de certaines ruptures, même pour des accouchements se déroulant parfaitement normalement par les voies naturelles.

MONIOD et MUTEL, dans leurs thèses, se bornent à signaler que les indications doivent en être très larges. Pour notre part, dans le Service, nous pratiquons une R.U. chaque fois que l'on peut soupçonner, d'après le compte-rendu de la Césarienne et ses suites, ou par le déroulement de l'accouchement en cours, une faiblesse de la cicatrice de Césarienne.

D'ailleurs, nous tendons de plus en plus à généraliser cet examen, la prévention d'une infection consécutive à la R.U. étant aujourd'hui beaucoup plus efficace.

Dans certains cas, on ne retrouve pas trace de la cicatrice. Mais d'autres fois, on découvre une zone cicatricielle anormalement mince ou moins souple, un nodule cicatriciel.

Bien entendu, la découverte d'une déhiscence fait poser une indication opératoire immédiate.

Suites de Couches :

Il convient de lutter systématiquement contre l'infection qui peut être larvée ou masquée, au moyen de glace sur le ventre et surtout d'une large antibiothérapie.

Si cela est nécessaire, on traite la déhiscence de la cicatrice découverte en cours de travail ou après la délivrance : on pratique une laparotomie, avec habituellement suture de la brèche, suivie ou non de stérilisation, suivant l'état de l'utérus et divers facteurs inhérents à la femme.

Plus exceptionnellement, une hystérectomie doit être pratiquée.

Résultats observés :

On note une fréquence de 35 à 45 % d'accouchements par voie basse chez des femmes antérieurement césarisées. Il existe peu de déhiscences, peu d'incidents graves notables pour la mère ou pour l'enfant. Le dernier problème à soulever dans cette question est celui de la « Prophylaxie à long terme » (M. NOTTER), à envisager dès la première Césarienne :

— qui doit être une Césarienne basse, pratiquée avec une technique correcte, avec une péritonisation très soigneuse, d'ailleurs plus satisfaisante dans les Césariennes basses transversales.

— qui doit être suivie de lutte préventive systématique contre l'infection.

Nous pouvons alors conclure avec M. NOTTER que « c'est dans la minutie de la première Césarienne que réside le secret de l'avenir des femmes césarisées ».

CONCLUSIONS

Au cours de la période s'étendant du 20.12.52 au 23.11.56 nous avons recueilli les observations de 43 femmes ayant accouché 45 fois dans le Service par les voies naturelles, alors qu'elles avaient subi une Césarienne lors d'une grossesse antérieure.

L'analyse de ces observations permet de préciser différents points :

Nous mettons à part six observations concernant des Césariennes pratiquées en dehors du Service et sans que nous ayons eu une justification bien précise.

Les autres se divisent en deux groupes :

1° Le premier groupe concerne des observations de Césariennes faites pour indications d'opportunité :

- 3 placenta prævia hémorragiques,
- 8 présentations anormales ou vicieuses avec bassins modérément rétrécis,
- 4 observations de tumeurs prævia.

On note en outre, à titre d'indications plus ou moins justifiées, ou tout au moins discutables :

- 1 cas de mort habituelle du fœtus in utéro,
- 1 cas de grossesse prolongée,
- 1 cas d'iso-immunisation,

et enfin deux interventions pratiquées, l'une parce que la malade présentait un utérus double, et l'autre une périnéoraphie chirurgicale.

Le deuxième groupe comprend les Césariennes pratiquées pour bassins rétrécis, un certain nombre avait été décidé après une Epreuve du Travail plus ou moins poussée, et sur beaucoup desquelles on a peu de renseignements.

D'autres fois des chirurgiens, alors que le bassin était peu touché, ont préféré faire une césarienne prophylactique.

2° 45 enfants sont nés à la Clinique Obstétricale par les voies naturelles chez ces femmes antérieurement césarisées. Une de ces observations doit être mise à part parce que cette naissance par les voies naturelles est accidentelle : malade devant être césariée après une périnéoraphie chirurgicale et qui est arrivée dans le Service au moment où la présentation était en cours de dégagement.

Dans tous les autres cas, une Epreuve du Travail et une Epreuve utérine ont permis la naissance d'enfants en bonne santé. Ceci est une bonne démonstration de solidité de la cicatrice de Césarienne puisque les 45 accouchements se sont passés sans incidents.

3° Devant une femme antérieurement césarisée une seule fois, on peut donc escompter un accouchement par les voies naturelles dans un certain nombre de cas qui ne peuvent être étudiés correctement qu'en fin de grossesse par l'association des moyens cliniques et radiologiques.

Lorsque l'accouchement paraît possible par les voies naturelles l'organisation du Service permet sans aucune restriction d'envisager une Epreuve du Travail dont la durée a pu être fixée à l'avance grâce à l'étude des signes d'accommodation. Au moindre incident défavorable, l'Epreuve du Travail est interrompue et on pratique une Césarienne itérative.

En principe, nous ne tentons jamais d'Epreuve du Travail sur une femme ayant déjà subi 2 Césariennes.

Le Doyen;
H. HERMANN.

Le Président de la Thèse,
H. PIGEAUD

Vu et Permis d'imprimer.
LYON, le 18 Juin 1963

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. LOUIS.

BIBLIOGRAPHIE

- ARAUJO (de) J.O., NEME B. et MAHETTI M. — La césarienne itérative. Analyse de 133 cas. An. brasil. Gin., mai 1955, **39**, n° 5, 253-264 (Bibliogr.).
- ARAUJO (de) J.O., SAMPAIO N.A.P. et PINOTTI J.A. — Le pronostic obstétrical des femmes ayant subi une césarienne. An brasil. Gin., janv. 1960, **49**, n° 1, 1-12 (Bibliogr.) (résumé français).
- ATTENDU C.A. — La césarienne à répétition. Union méd. Canada, mars 1957, **86**, n° 3, 279-281 (Bibliogr.).
- BAKER K. — Vaginal delivery of ter lower utérine cesarean section. Surg. Gyn. Obst. 1955, **100**, n° 6, 690.
- BAXTER J. — Accouchement par le vagin après césarienne: Rupture de la cicatrice du segment inférieur. J. Obst. Gyn. Brit. Emp., fév. 1958, **65**, n° 1, 87-88 (Bibliogr.).
- BAZAN J. et URANGA IMAZ P.A. — Rupture utérine par désunion d'une cicatrice de césarienne antérieure. Prensa med. argent., 17 mars 1950, **37**, n° 11, 555-558 (Bibliogr.).
- BAZAN J. et IMAZ F.A.U. — L'avenir obstétrical de la césarienne sur les techniques actuelles. Semana med., 13 juil. 1950, **57**, n° 2, 948, 55-59 (Bibilogr.).
- BELIAIEV I.T. et LIPKINA B.O. — Rupture de l'utérus à l'endroit de la cicatrice d'une ancienne, avec incision transversale du segment inférieur. Akoucher stvo Guinek (Moscou), 1957, n° 2, 57-59.
- BENGTTSSON L. Ph. — Accouchement par les voies naturelles après césarienne. Acta Obst. Gyn. scand., 1954, **33**, n° 3, 318-326 (Bibliogr.).

- BENNING KAMNITZER M. (de). — Rupture au cours de l'accouchement d'une cicatrice de césarienne segmentaire (contribution à son étude étiologique). An. Brasil. Gin., nov. 1952, **34**, n° 5, 269-284 (Bibliogr.) (résumé français).
- BLUM J.P. — De la césarienne et de l'avenir obstétrical qu'elle réserve. Thèse Strasbourg, av. 1953, n° 14, 110 pages.
- BOBOTAS A.E. — La fertilité après la césarienne. Thèse Berlin, 7 nov. 1950, n° 45, 37 pages.
- BORGES DOS SANTOS D. et BRAGA A.I. — Pronostic éloigné des césariennes. Rev. Gin. e Obst., fév. 1960, **54**, n° 2, 117-123 (Bibliogr.) (résumé français).
- BOURKHANOV A.I. — L'accouchement après césarienne. Akoucherstvo Guinek (Moscou), 1957, n° 4, 55-57.
- BOURZHANOV A.I. — Césarienne itérative avec section transversale du segment inférieur de l'utérus. Akoucherstvo i guinekologuiia, 1958, n° 5, 49-50.
- BREGADZE I.L. — L'influence des césariennes répétées sur la résistance de l'organisme à l'infection intrapéritonéale. Khirurgiia (Moscou), 1956, **32**, n° 5, 31-35.
- CATIARD P. — L'accouchement chez les femmes ayant déjà subi 1 césarienne segmentaire. Thèse Paris, 1957.
- CHAISTRUSSE L. — A propos des ruptures de cicatrices d'hystérotomies. Rev. franç. Gyn. Obst., sept.-oct. 1952, **47**, n° 9-10, 326-342.
- CHESTERMAN J.N. — Les effets éloignés de la césarienne. J. Obst. Gyn., Brit. Emp., oct. 1953, **60**, n° 5, 684-690 (Bibliogr.).
- CHEYNET M. — Diagnostic et traitement des ruptures obstétricales de l'utérus antérieurement césarisé. Bull. Soc. Méd. Afrique noire, 1960, **5**, n° 1, 81.
- CHIRIE. — Thèse Paris, 1946.
- CHOMÉ L. — Les césariennes abdominales. Encl. Méd. Chir., Obstétrique, fasc. 5100 D10, D50 D70 (3-1957) (Bibliogr.).

- CISMIGIU F. — Rupture utérine apr.s ancienne césarienne basse longitudinale. Embryotomie. Hystérectomie. Guérison. Maroc méd., av. 1951, n° 311-448.
- CONTÉ R. — L'accouchement par les voies naturelles chez les femmes antérieurement césarisées. Thèse Paris, 1940, n° 224, 37 pages.
- COSGROVE R.A. — La grossesse et la délivrance consécutives à une césarienne. H. Am. Ass., 24 mars 1951, **145**, n° 12, 884-888.
- DAUMERIE L. et AHRAS J. — A propos d'un cas de rupture utérine après césarienne, suivie d'opération de Portes. Gynec. Obs. (suppl.) 1951, **3**, n° 2, 148-151.
- DELALANDE A. — Ruptures utérines après césariennes. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1954, **6**, n° 3, 323.
- DEWHURST C.J. — La rupture de cicatrice de césarienne. J. Obst. Gyn. Brit. Emp., fév. 1957, **64**, n° 1, 113-118 (Bibliogr.).
- DIDDLE A.W., GIBBS V. et LAMBETH S. — La mortalité foetale et la prématurité dans la césarienne itérative. Am. J. Obst. Gyn., av. 1959, **77**, n° 4, 719-730 (Bibliogr.).
- DYER I. et coll. — Hystérectomie totale après césarienne ou dans les suites de couches immédiates. Am. J. Obst. Gyn., mars 1953, **65**, n° 3, 517-527.
- EAMES H. — Une étude de la conduite à tenir dans les grossesses consécutives à la césarienne. Am. J. Obst., mai 1953, **65**, n° 5, 944-952 (Bibliogr.).
- EPSTEIN W.A. — La rupture de la cicatrice de césarienne. J. Mount Sinai Hosp., mars-av. 1957, **24**, n° 2, 97-104 (Bibliogr.).
- ERBSLÖH J. — Anatomie, physiologie et pathologie de la cicatrice césarienne en considération particulière de son comportement fonctionnel dans les grossesses ou accouchement ultérieurs. Arch. Gyn., 20 nov. 1942, **174**, n° 2, 259-328.
- FARIA J.S. — Rupture ultérieure d'une grossesse à terme chez une malade ayant subi une césarienne. Ann. Paubst. Méd. Chir., av. 1953, **65**, 199-251.

FERNANDES M. — Césarienne. Pronostic immédiat et éloigné. Rev. Gin. Obst., janv. 1960, **54**, n° 1, 17-27 (Bibliogr.) (résumé français):

FERNANDES M., SA LEITAO et CASTRO SILVA A. — Déhiscence de la cicatrice d'une césarienne ancienne. An. brasil. Gin., janv. 1956, **41**, n° 1, 23-32 (Bibliogr.) (résumé français).

FLEMING A.M. — Accouchement après césarienne. Am. J. Obst. Gyn., juin 1956, **71**, n° 8, 1202-1209 (Bibliogr.).

FRANGENHEIM H. — Les accouchements consécutifs aux césariennes. Arch. f. Gyn., 1952, **182**, n° 1, 61-76 (Bibliogr.).

FRANGENHEIM H. — De quelle manière un accouchement par césarienne peut-il influencer l'évolution de naissances ultérieures? Deutsche med. Wschr., 24 sept. 1954, **79**, n° 39, 1451-1454 (Bibliogr.).

GANSE R. — Accouchement spontané après Césarienne. Zbl. Gyn., 8 av. 1961, **83**, n° 14, 537-540 (Bibliogr.).

GAUJOUX J. — Accouchement spontané pour deux parturientes ayant subi antérieurement une césarienne pour siège. Gynec. Obst. (suppl.), 1951, **3**, n° 2, 297.

GAUCHERAND, BURTHIAULT et BOUCHET. — Rupture utérine silencieuse de la cicatrice segmentaire d'une femme antérieurement césarisée. Bull. Féd. Gyn. O. franç., 1952, n° 3, 561.

GEPPERT J.R. — Rupture avant l'accouchement d'une cicatrice utérine provenant d'une opération césarienne. Am. J. Obst. Gyn., mars 1939, **37**, n° 3, 466-472.

GERUEZ L. — Grossesse abdominale à terme, secondaire à la rupture d'un utérus antérieurement césarié, avec putréfaction pactale. Bull. Soc. Gyn. Obst., janv. 1939, **28**, n° 1, 25-28.

GOURTEVOI L. et SISOVA W. — Résultats immédiats et éloignés de la césarienne classique. Akoucherstwo Guinek., 1954, n° 5, 49-52.

GRASSET J. et BRET J. — Ruptures utérines après césariennes transversales. Sem. Hôp., fév. 1953, **29**, n° 11, 525-526.

- HALLATT J.G. et HIRSCH H. — L'hystérectomie totale pour stérilisation après césarienne. *Am. J. Obst. Gyn.*, fév. 1958, **75**, n° 2, 396-400 (Bibliogr.).
- HANSSEN A. et WALTER F.X. — Désunion d'une cicatrice basse spontanée à l'occasion d'une césarienne itérative. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1955, **7**, n° 3, 330-331.
- HANSSEN A. et WALTER F.W. — Désunion d'une cicatrice de césarienne basse constatée à l'occasion d'une césarienne itérative. *Strasbourg méd.*, av. 1956, **7**, n° 4, 296.
- HARRIS J.R. Jr. — L'accouchement par les voies naturelles après césariennes. *Am. J. Obst. Gyn.*, déc. 1953, **66**, n° 6, 1191-1196 (Bibliogr.).
- HIRVONIN, NIEMINEVA K. et HIRVONEN L. — Fertilité des primipares âgées césariées. *Acta Obst. Gyn. acand.*, 1954, **33**, n° 4, 384-394 (Bibliogr.).
- HOLLSTEIN K. — Grossesse et accouchement après césarienne. *Méd. Klin.* 30 déc. 1960, **55**, n° 53, 2358-2361 (Bibliogr.).
- HOUEL E., EZES H., BOURDON R. et MESNARD F. — Ruptures utérines après césarienne segmentaire. *Bull. féd. Soc. Gyn. Obst.*, juin-juil. 1957, **9**, n° 3, 344-346.
- HOUEL J.E. et BOURDON R. — Attitude du praticien devant l'utérus parturient antérieurement césarisé. *Semaine méd. (suppl. Sem. Hôp. Paris)*, août 1958, n° 66-67-68, 896-898.
- HOUEL J.E., GARES R. et MESNARD F. — Complications après césarienne segmentaire transversale. *Bull. Féd. Soc. Gyn., Obst.*, av. I mai 1959, **11**, n° 2, 130.
- JARROUSSE J. — Césariennes itératives multiples sur un utérus accolé à la paroi abdominale antérieure. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1955, **7**, n° 5, 577.
- JARROUSSE J. — A propos de 2 cas de désunion d'une cicatrice de césarienne basse au cours d'une grossesse ultérieure. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, janv.-mars 1956, **8**, n° 1, 120-121.
- JESURUN H.M. et SIMPSON J.W. — L'accouchement par voie vaginale après césarienne. *Am. J. Obst. Gyn.*, fév. 1958, **75**, n° 2, 401-406 (Bibliogr.).

- KAMNITZER M.B. (de). — Rupture de cicatrice de césarienne pendant le travail : étude étiologique. An. brasil. Gin., nov. 1952, 269-282.
- KAYSER H.W. — L'accouchement par les voies naturelles chez les femmes ayant eu une césarienne. Zschr. Geburtsh. Gyn., 1961, **156**, n° 2, 227-235 (Bibliogr.).
- KOFLEP E. et KREMER H. — Indications et résultats de la césarienne, de 1944 à 1953. Zbl. Gyn., 1955, **77**, n° 23, 904-912 (Bibliogr.).
- KOLLER Th. et ERE P. — 50 années de césarienne. Ann. paed. (Bibl. paed.) 1954, **58**, n° 1, 39-54, 7 fig. (Bibliogr.).
- KUBINYI J. et TALLIAN F. — La césarienne dans l'obstétrique de nos jours. Expérience acquise avec 1.303 césariennes. Gynaecologia, juin 1958, **145**, n° 6, 415-434, 12 fig. (Bibliogr.) (résumé franç.).
- KUDER K. et DOTTER C. — Caractères de l'accouchement vaginal après césarienne. Am. J. Obst. Gyn., sept. 1944, **48**, n° 3, 371.
- LAGRETA O. et PINOTTI J.A. — La conduite de l'accoucheur chez les femmes ayant subi une césarienne. An. brasil. Gin., janv. 1960, **49**, n° 1, 13-24 (Bibliogr.) (résumé français).
- LAWRENCE R.F. — Rupture d'une cicatrice transversale de l'utérus due à une césarienne basse. J. Obst. Gyn. Brit. Emp., déc. 1949, **56**, n° 6, 1024-1027 (Bibliogr.).
- LEMBRYCH S. et KLUS C. — Fréquence, indications et résultats de la césarienne, de 1947 à 1956. Polakj Tygod. Lek., 1958, **13**, n° 49, 1974-1979.
- LEMERRE L., TCHOBROUTSKY C. et BIGEY L. — Rupture utérine après hystérotomie. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1958, **10**, n° 4, 388.
- LEPAGE F. — Avenir obstétrical des césariennes basses. Rev. Méd. franç., oct. 1945, n° 10, 159.
- LEPAGE F., NOEL B., LEMERRE L. et SCHRAMM B. — Etude hystérographique des cicatrices de césarienne segmentaire. Gynec. Obst., nov.-déc. 1959, **58**, n° 5, 506-517, 15 fig.
- LOUROS N., GAVARIS P. et BAROUS N. — Césarienne à répétition et résistance de la cicatrice. Deutsche med. Wschr., 30 mai 1958, **83**, n° 22, 963-965 (Bibliogr.).

MAHON R. — Rupture d'une cicatrice de césarienne basse au cours d'un accouchement ultérieur. J. Méd. Bordeaux, 15-30 juil. 1944, n° 13-14, 243-244.

MAHON R., PÉRY G. et SOUMIREU-MOURAT J. — A propos de 4 cas récents de rupture de cicatrice de césarienne. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., av.-mai 1958, 10, n° 2, 183-185.

Mc NALLY H.B. et FITZPATRICK V. et P. — Les femmes ayant eu un minimum de 4 césariennes. J.A.M.A., 24 mars 1956, 160, n° 12, 1005-1010 (Bibliogr.).

MANENKOV P.W. et FROLAVA N.I. — Evolution et conduite de l'accouchement urgent après césarienne. Akoucherstwo i ginekologuiia, 1958, n° 5, 44-49.

MARTINEZ A.R., NOGUEIRA R.L., FRONZAGLIA M. et CAMPOS N.A.M. — Le problème de la femme qui a subi une césarienne. An. brasil. Gin., janv. 1960, 49, n° 1, 25-32 (Bibliogr.) (résumé français).

MEYER H. et COUNTISS E.H. — Césarienne suivie d'hystérectomie. Am. J. Obst. Gyn., juin 1959, 77, n° 6, 1240-1244 (Bibliogr.).

MICHEL M. (Mme) et QUEVRIN M.P. — Rupture sous-péritonéale asymptomatique d'une ancienne cicatrice de césarienne. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., oct.-déc. 1956, 8, n° 5, 648-649.

MICHEL M. et QUEYRIN P. — Rupture sous-péritonéale asymptomatique d'une ancienne cicatrice de césarienne. Strasbourg méd., janv. 1958, 9, n° 1, 90.

MICHELLAND et NICOLLIER F. — Rupture spontanée de l'utérus consécutive à une césarienne. Gynec. Obst., 1953, 92-94.

MONIOD P. — Contribution à l'étude de l'accouchement dans un utérus antérieurement césarisé. Thèse Paris, 1960, n° 1025, 44 pages.

MUTEL S. — 45 accouchements par les voies naturelles après césarienne segmentaire au cours d'une précédente gestation. Thèse Lyon, 10 mars 1953, n° 63, 60 pages.

MULLER P.F., HEISER W. et GRAHAM W. — La césarienne répétée. Am. J. Obst. Gyn., mai 1961, 81, n° 5, 867-876, 15 tabl. (Bibliogr.).

- NAHOUM J.C. — Avenir obstétrical de la malade qui a subi une césarienne. *Rev. Gyn. Obst.*, mars 1953, **47**, n° 3, 183-198 (Bibliogr.) (texte portugais).
- NEUWEILER W. — A propos du pronostic de la césarienne. *Zbl. Gyn.* 1955, **77**, n° 41, 1601-1610 (Bibliogr.).
- NIEDNER K. et PICHL F. — L'utilisation de critères plus étendus dans les statistiques de suites de césariennes. L'enseignement qui en résulte dans le domaine de la clinique. *Zbl. Gyn.*, 1952, n° 36, 1409-1422 (Bibliogr.).
- NOTTER A. — Avenir obstétrical des femmes antérieurement césarisées. *Rev. franç. Gyn. Obst.*, déc. 1959, **54**, n° 12, 825-840 (Bibliogr.).
- O'CONNOR C.T. — Le problème de la césarienne répétée. *Am. J. Obst. Gyn.*, juin 1947, **53**, n° 6, 914-926 (Bibliogr.).
- O'DWYER J.P. — Rupture d'une cicatrice de césarienne. *Lancet*, 13 août 1955, **269**, n° 6885, 324-325 (Bibliogr.).
- PEDOWITZ P. et SCHWARTZ R.M. — Fréquence réelle sur la rupture silencieuse des cicatrices de césariennes. *Am. J. Obst. Gyn.*, nov. 1957, **74**, n° 5, 1071-1081 (Bibliogr.).
- PERSIANNINOV L.S. — Les résultats éloignés de la césarienne. *Akoucherstvo Guinek* (Moscou), 1956, n° 4, 20-24.
- POIDEVIN L.O.S. — La sécurité de la cicatrice de césarienne. *Brit. Med. J.*, 21 nov. 1959, n° 5159, 1058-1061, 8 fig. (Bibliogr.).
- POIDEVIN L.O.S. et BOCKNER V.Y. — Une étude hystérogaphique de l'utérus après césarienne. *J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, av. 1958, **65**, n° 2, 278-283, 14 fig. (Bibliogr.).
- REPINA M.M. — Des cas cliniques de rupture de l'utérus au cours de la grossesse après césarienne antérieure. *Akoucherstvo Guinek.*, 1955, n° 6, 61-62.
- REZENDE (de) J. — Pronostic immédiat et éloigné des césariennes. *Rev. Gin. e Obst.*, fév. 1960, **54**, n° 2, 125-129 (Bibliogr. (résumé franç.)).
- RIVA H.L. et BREEN J.L. — Une analyse de 100 accouchements consécutifs par les voies naturelles chez des femmes précédemment césarisées. *Am. J. Obst. Gyn.*, juil. 1958, **76**, n° 1, 192-198 (Bibliogr.)

- RIVA H.L. et TEICH J. L. — L'accouchement par les voies naturelles après césarienne. *Am. J. Obst. Gyn.*, mars 1961, **81**, n° 3, 501-510, 17 fig. (Bibliogr.).
- RIVIERE M., SOUMIREU et BOIREAU. — L'avenir obstétrical des femmes ayant subi une césarienne, observées dans leurs accouchements ultérieurs à l'Hôpital Boursier, de 1945 à 1949. *Gynec. Obst.*, 1950, **2**, 182.
- ROUCHY R. et CRÉZÉ J. — L'accouchement par voie basse chez les femmes antérieurement césarisées. *Bull. Féd. Soc. Obst.*, janv.-mars 1956, **8**, n° 1, 122-124.
- SCHMITZ H. et coll. — Accouchement par les voies naturelles après césarienne. *Am. J. Obst. Gyn.*, av. 1949, **57**, n° 4, 669-681 (Bibliogr.).
- SCHMITZ H.E. et GAJEWSKI C.J. — Accouchement par les voies naturelles après césarienne. *Am. J. Obst. Gyn.*, juin 1951, **61**, n° 6, 1232-1242.
- SERMENT H., VERDET C. et RUF H. — A propos d'une étude statistique des indications et des suites opératoires d'une série de césariennes mutilatrices. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, av.-mai 1956, **8**, n° 2, 207-209.
- TOUGANOVA A.M. — Accouchement après l'opération de la césarienne basse. *Akoucherstvo Guine k(Moscou)*, 1956, n° 4, 28-32.
- UALERCO C. — Rupture de l'utérus dû à une césarienne pendant le travail. *Rev. Gynec. Obst.*, oct. 1943, 674-679 (résumé portugais).
- VARANGOT J., GRANJON A. et YANNOTTI S. — Intérêt de l'étude hystérogaphique des cicatrices de césariennes segmentaires. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1959, **11**, n° 4 bis, 464-468.
- VELLAY P. — Césariennes multiples. Grossesse après section des trompes. *C.R. Soc. franç. Gyn.*, juin 1958, **28**, n° 6, 345-346.
- VERMELIN H., RIBON M. et BRAYE M. — L'accouchement par les voies naturelles chez les femmes antérieurement césarisées. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, août-oct. 1959, **11**, n° 4, 394-395.
- VORON J. et PIGEAUD H. — L'accouchement dirigé. *Gyn. Obst.*, 1934, **30**, p. 113-130.

WILSON A.L. — Le travail et la délivrance chez les femmes ayant subi une césarienne. *Am. J. Obst. Gyn.*, déc. 1951, **62**, n° 6, 1225-1233.

WOLF J.R. et ROTER A. — La césarienne itérative. *Am. J. Obst. Gyn.*, mai 1955, **69**, n° 5, 1070-1082 (Bibliogr.).

ZAWIE F.R. et REIO (de). — Traitement de la cicatrice de césarienne au cours d'une nouvelle césarienne. *Obst. Gynec.*, juil. 1953, 54-62.

ZETTELMAN J.H. et BAWERS V.M. — Une étude de la césarienne à l'Hôpital d'Evanston (Ill), U.S.A., de 1930 à 1950. *Am. J. Obst. Gyn.*, mai 1953, **65**, n° 5, 953-959.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	15
Observations	17
Analyse des faits observés	37
Résultats Maternels	47
Conséquences cliniques obstétricales des Césariennes	49
Éléments de pronostic devant une femme antérieurement césariée	55
Conduite à tenir	61
Conclusions	67
Bibliographie	69
